

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**UMA VIAGEM CULTURAL E HUMANÍSTICA PELO**  
**UNIVERSO DO PROCESSO DE PARIR**

**FLORIANÓPOLIS, JULHO DE 2000**

---

♥ À Enfermeira Olga pelas excelentes contribuições sugeridas a este trabalho, amizade e por embarcar conosco nesta viagem.

♥ À clientela e em especial a Rosa, Orquídea e Margarida, Flica, Tuti e Gui e Lua, Sol e Céu pela credibilidade, aceitação, confiança e por terem sido passageiras inesquecíveis da nossa viagem.

♥ À toda equipe do Centro Obstétrico, em especial a Marisa, Elvira, Julita, Helena, Fátima, Cris, Silésia e Enfermeira Eli, pela receptividade, ensinamentos e paciência, muita paciência.

♥ Às amigas Patrícia, Gisele, Ale, Thaís, Karina, Sibila e Tatiane pela grande amizade, carinho e “ombro amigo” durante todos os momentos.

♥ Aos demais familiares e amigos por fazerem parte de nossas vidas e serem todos especiais.

♥ Aos mestres pela transmissão de conhecimentos e ensinamentos e às professoras da disciplina de Obstetrícia pelo apoio na realização deste trabalho.

♥ A todos os colegas de sala em especial a Fernanda, Soraia, Cris e Patrícia. Desejamos a todos vocês muito sucesso.



## SUMÁRIO

RESUMO .....	1
ABSTRACT .....	2
1 PROGRAMANDO A VIAGEM ESPACIAL RUMO AO UNIVERSO DO PROCESSO DE PARIR (INTRODUÇÃO).....	3
2 ESTABELECENDO O ALVO DA VIAGEM ESPACIAL (OBJETIVOS) .....	7
2.1 Objetivo Geral.....	7
2.2 Objetivos Específicos.....	7
3 VISUALIZANDO COM UM GRANDE TELESCÓPIO O UNIVERSO DO PROCESSO DE PARIR (REVISÃO DE LITERATURA) .....	8
3.1 O Parto e sua Trajetória Histórica.....	9
3.2 Progresso na Assistência e suas Implicações Positivas e Negativas.....	11
3.3 Normas e Rotinas Preconizadas pela Organização Mundial de Saúde .....	15
3.4 Parto: Aspectos Fisiológicos .....	19
3.4.1 Sinais e Sintomas do Trabalho de Parto.....	20
3.4.2 Períodos Clínicos do Parto .....	22
3.4.3 Tempos dos Mecanismos do Parto .....	31
3.5 Os Tipos de Parto.....	34
3.5.1 Parto de Cócoras .....	34
3.5.2 Parto na Posição Deitada.....	36
3.5.2 Parto na Posição Semi-Sentada .....	37
3.5.3 Parto na Posição de Lado .....	37
3.5.4 Parto na Água .....	38
3.5.5 Parto Cesáreo.....	39
3.6 Ansiedade dos Dias Anteriores ao Parto .....	41

3.7	Ansiedades na Situação de Parto .....	42
3.8	Aspectos Psicológicos dos Principais Tipos de Parto .....	44
3.8.1	Parto Preparado .....	44
3.8.2	Parto sob Anestesia .....	45
3.8.3	Parto Cesáreo .....	45
3.8.4	Parto Vertical .....	45
3.9	Puerpério .....	46
3.10	Uma Visão Cultural do Processo de Parir .....	48
3.10.1	A Cultura no Ciclo Gravídico-Puerperal .....	49
3.10.2	O Cuidado Cultural na Enfermagem .....	55
3.11	Humanização: O Cuidado Diferencial .....	58
3.11.1	Acompanhante: Uma Presença Essencial .....	60
3.11.2	Cuidado Humano e Respeitoso .....	61
3.11.3	A Interligação e Importância do Contato Pele a Pele e Amamentação Precoce .....	63
4	DESCREVENDO O GUIA (REFERENCIAL TEÓRICO) .....	69
4.1	Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Transcultural de Madeleine Leininger .....	69
4.1.1	Pressupostos de Leininger .....	70
4.1.2	Pressupostos Pessoais .....	72
4.1.3	Conceitos Norteadores do Estudo .....	72
4.1.4	Definição de Termos .....	77
5	ESTABELECENDO A ROTA DA VIAGEM ESPACIAL (METODOLOGIA) .....	78
5.1	Descrevendo a Nave Espacial (Descrição do Campo de Estágio) .....	78
5.2	Os Passageiros (População Alvo) .....	80
5.3	Manual da Tripulação (Plano de Ação) .....	80
5.4	Instrumento de Navegação (Processo de Enfermagem) .....	85
5.4.1	Fases do Processo de Enfermagem .....	85
6	CRONOGRAMA .....	88
7	RELATANDO OS RESULTADOS DA VIAGEM (APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS) .....	90

7.1	Descrição dos Objetivos Propostos.....	90
7.1.1	Objetivo N.º 1 .....	90
7.1.2	Objetivo N.º 2 .....	92
7.1.3	Objetivo N.º 3 .....	94
7.1.4	Objetivo N.º 4 .....	142
7.1.5	Objetivo N.º 5 .....	144
7.1.6	Objetivo N.º 6 .....	146
7.1.7	Objetivo N.º 7 .....	153
7.2	Atividades Desenvolvidas Não Planejadas.....	154
8	FACILIDADES E DIFICULDADES ENCONTRADAS DURANTE A VIAGEM ESPACIAL.....	156
8.1	Pegando Carona com um Cometa (Facilidades).....	156
8.2	Encontrando algumas Nebulosas (Dificuldades).....	159
9	VIAJANDO NUM UNIVERSO DE POSSIBILIDADES (CONSIDERAÇÕES FINAIS).....	161
10	REVISANDO O UNIVERSO LITERÁRIO (REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS) .....	165
	APÊNDICE 1 .....	172
	APÊNDICE 2 .....	179
	APÊNDICE 3 .....	184
	APÊNDICE 4 .....	187
	APÊNDICE 5 .....	189
	APÊNDICE 6 .....	191
	APÊNDICE 7 .....	193
	APÊNDICE 8 .....	195
	APÊNDICE 9 .....	217

ANEXO 1	PARTOGRAMA .....	246
ANEXO 2	HISTÓRICO ENFERMAGEM.....	248
ANEXO 3	CLAP .....	250
ANEXO 4	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM PARTURIANTE.....	252
ANEXO 5	PROJETO MATERNIDADE SEGURA .....	254
ANEXO 6	INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA.....	265
ANEXO 7	JORNADA DE INCENTIVO AO PARTO NORMAL.....	267
ANEXO 8	ENCONTRO DE IMAGEM EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA.....	274
ANEXO 9	FÓRUM BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO E TECNOLOGIA.....	277
ANEXO 10	IV JORNADA CIENTÍFICA NO HOSPITAL UNIVESITÁRIO.....	281
ANEXO 11	II ENCONTRO MUNICIPAL DE GESTANTES .....	286
ANEXO 12	10º CONGRESSO SUL BRASILEIRO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA.....	288
ANEXO 13	III SEMINÁRIO DE QUALIDADE DE ASSISTÊNCIA AO PARTO: CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM .....	291
ANEXO 14	ATENDIMENTO AO RECÉM-NASCIDO NO CENTRO OBSTÉTRICO.....	298
ANEXO 15	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM PARA R.N. EM A.C. ....	300
ANEXO 16	FILOSOFIA DA MATERNIDADE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO.....	302
	PARECER FINAL DO ORIENTADOR .....	386

## RESUMO

Este estudo trata de uma experiência assistencial, realizada por acadêmicas do último semestre do Curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, desenvolvida no período de 30 de março a 06 de julho de 2000, no Centro Obstétrico do Hospital Universitário. Tem como objetivo geral: prestar cuidado à parturiente/acompanhante, no processo de parir no Centro Obstétrico, de forma a torná-lo humanizado e respeitoso, com base na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Transcultural de Madeleine Leininger. Relata o cuidado desenvolvido junto às parturientes e seus acompanhantes. Na execução da experiência prestou-se cuidado a 94 parturientes e seus acompanhantes, quando presentes, sendo que destas foram selecionadas 03 para descrever a implementação do processo de enfermagem, de forma detalhada. O cuidado prestado foi planejado e desenvolvido, a partir da identificação das crenças e valores, assim como das necessidades de cuidado, de acordo com o marco conceitual elaborado e as etapas do processo de enfermagem. Neste estudo as autoras concluem que a institucionalização inibe de certa forma a exteriorização de questionamento acerca das dúvidas que permeiam o trabalho de parto e parto, que a repadronização de cuidado é prejudicada pela limitação de tempo quanto à permanência das parturientes no local, que os profissionais de saúde devem respeitar as singularidades culturais de cada parturiente, permanecendo com a mesma durante todos os momentos, dando-lhe apoio, segurança, amenizando desconforto, ansiedade, medo e incentivando-a a participar ativamente do seu processo de parir e que, acima de tudo a humanização deve ser uma característica imprescindível no cuidado assistencial. Por fim, as autoras defendem a visão de que o parto deva transcorrer naturalmente, sem intervenções, sem rotinas, acontecido no local de escolha da parturiente, onde ela possa optar pelo tipo de parto normal, ter a presença de um acompanhante, e atuar como atriz principal.

## ABSTRACT

This paper reports an assistencial experience accomplished by students of the last year of Nursing Graduation Course from Universidade Federal de Santa Catarina. It was developed between the period of March 30 and July 06, 2000 in the Obstetric Center of Federal University Hospital. The general purpose is: "give assistance to parturient and their companion during the process of labor and delivery at The Obstetric Center in a way of turning the process humanized and respected. It is supported by the theoretical reference of Universality and Diversity Theory of Transcultural Care of Madeleine Leininger". It mentions the care developed with 94 parturient and their companion, when present, being 03 parturient and companion selected to describe in a detail way an implementation of the nursing process. The care given was planed and developed from the identification of their believes e values as well as their care needs according to the Theory elaborated and the phases of the nursing process. In this work the authoresses verifies that institutionalization inhibit in a certain way the exteriorization of questions concerning doubts that surround labor and delivery period, that repadronization is prejudiced by the limitation of time remained by parturient in Obstetric Center, that professionals of health must respect cultural singularities of each parturient being with her through all periods, given her support, safety, softening discomfort, anxiousness, fear and given her incentive to participate actively in her process of labor and above all that humanization must be an indispensable characteristic on assistance care. At last, the authoresses defend the idea that delivery must happen naturally, without interventions, with no routine, occur in a place chosen by the parturient, where she may decide to normal birth, have a presence of a companion, and act as the principal actress.

# **1 PROGRAMANDO A VIAGEM ESPACIAL RUMO AO UNIVERSO DO PROCESSO DE PARIR (INTRODUÇÃO)**

Hoje, após as mudanças na assistência ao trabalho de parto e parto, no decorrer da história, como a hospitalização, os avanços tecnológicos, a realização da episiotomia, o uso de ocitocina, a amniotomia precoce, a mudança de posição da parturiente, a proliferação de exames, a criação e uso do fórcepe, a mobilidade restrita, o aumento do medo de enfrentar um processo agora visto como patológico, e o aumento do número de cesarianas de escolha, pudemos observar, durante os anos, uma crescente desumanização, onde o trabalho de parto e parto são vistos como um processo patológico, arriscado e perigoso e não mais como normal e natural. A mulher perdeu sua autonomia de comandar o parto e de realizá-lo. De acordo com Diniz (1996) o que ocorre é uma cascata de intervenções que levaram a certas complicações, gerando intervenções subsequentes e mais complicações, terminando geralmente em um parto cirúrgico.

Segundo Diniz (1996), é possível pensar na humanização no parto como um modelo, uma configuração histórica de assistência emergente, baseado em um conjunto complexo de idéias acerca do humano, do desumano, da desumanização. No caso da assistência do parto, a “humanização” parece se referir a um conjunto complexo de dimensões humanas, como a atenção à fisiologia humana, em oposição a condutas tecnicamente irresponsáveis, negligentes, anti-fisiológicas e arriscadas; ou a atenção às dimensões das relações humanas, sociais, psicológicas, familiares, etc., em oposição à frieza institucional; ou mesmo ser uma referência ao desumano como perverso, numa alusão menos ou mais explícita à brutalidade, à violência, à percepção de dano intencional, vivenciada pelas mulheres, nesta forma de assistência, e de sua re-descrição como injusto. No caso da humanização do parto, uma grande contribuição feminista é justamente acrescentar, na crítica à desumanização relacionada a “o que funciona”, (quais condutas são inúteis, arriscadas, quais medidas, na relação instituição-usuária/os, ajuda na obtenção de resultados positivos, etc.) a idéia de justiça, de “o que é justo”.

Segundo Maldonado apud Santos (1999), o parto é encarado como um momento muito difícil, pois é a passagem de um estado para outro, uma situação que precisa ser vivenciada. A mulher passa por um momento imprevisível, desconhecido, sobre o qual não lhe é permitido, na maioria das vezes, ter o controle. Ao contrário da gestação, o trabalho de parto é um processo rápido, que determina mudanças internas, como uma nova transformação corporal e a “separação” de dois seres: mãe e filho. O parto é um verdadeiro processo psicossomático, cujas características são multideterminadas por inúmeras facetas do contexto sócio-cultural e da individualidade físico-psicológica da parturiente.

Escolhemos o tema de humanização no parto pois, através de embasamento teórico-prático, percebemos que o processo de parir está se tornando cada vez mais distante do passado, onde a mulher era assistida na sua casa, de forma individual, onde o parto era visto como um processo natural, cheio de mistérios e onde a mulher tinha uma atuação bem direta.

Na 4ª fase conhecemos os postos de saúde da rede básica do município de Florianópolis, e a disciplina ligada à saúde da mulher. Por volta deste período, entramos em contato com a disciplina de obstetrícia, a qual nos despertou especial interesse. Posteriormente, também, a disciplina de UTI nos chamou atenção, uma vez que, na citada unidade, os clientes eram tratados de forma digna, humanizada, respeitosa e individualizada. Neste campo, a Enfermagem tem uma atuação mais íntima com o cliente e a equipe multidisciplinar, fato que nos fez inclinar também para a opção de trabalhar com a temática de humanização.

A decisão da escolha pela área de obstetrícia aconteceu no decorrer das aulas da referida disciplina, as quais, desde o início, despertaram sentimentos de entusiasmo, interesse e vontade de aprimorar os conhecimentos científicos nesta área. Somam-se a estes aspectos à atmosfera de felicidade que envolve o surgimento de uma nova vida humana, ao movimento contemporâneo de resgate da humanização em todo o processo de nascimento e, finalmente, à atual crescente autonomia atribuída ao enfermeiro, e, em especial, ao estímulo que a política governamental tem dado para a formação de enfermeiras obstétricas, vieram a ratificar nossa opção pela obstetrícia.

Escolhida a temática, decidimos realizá-la no Centro Obstétrico do Hospital Universitário, por várias razões. Primeira, por se tratar de um hospital-escola, Amigo da Criança e em processo de implantação dos 08 (oito) passos da Maternidade Segura; segunda, por apresentar um ambiente mais tranquilo, onde o que importa não é a quantidade e sim a qualidade da assistência prestada; terceira, porque, nesta instituição, o parto vertical é



tido como primeira escolha (sempre respeitando a escolha da cliente), o acompanhante é bem vindo e estimulado a ficar junto e atuar de forma ativa; e quarta e última, porque já conhecíamos parte da equipe do Centro Obstétrico, por termos, antecipadamente, feito a parte prática da disciplina de obstetrícia na sétima fase e um estágio extra-curricular no Centro Obstétrico do Hospital Universitário, em fevereiro de 2000.

O referencial teórico foi escolhido através de conversas com colegas, leituras e discussões com a Supervisora. Escolhemos a Teoria de Leininger, por ser uma teoria que enfoca a cultura da cliente, para realizar o cuidado. Vimos, através das aulas práticas, no Centro Obstétrico, como as clientes e acompanhantes trazem, consigo, crenças e valores culturais, para dentro do ambiente hospitalar. A Teoria de Leininger nos ajudou a ver como a cultura é importante. O cuidado deve ser feito de forma a sempre levar em conta esta cultura, para tornarmos o cuidado mais humanizado para todas as clientes e acompanhantes. Percebendo a importância dos aspectos culturais de cada indivíduo, levando em conta a sociedade na qual está inserido e os aspectos culturais do mesmo, na vivência do processo de parir, adotamos a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Transcultural de Madeleine Leininger, de forma a direcionar o referente estudo.

Leininger (1985), refere que o cuidado humanizado, a partir de uma perspectiva transcultural, pode fazer diferença na forma como as pessoas consideram a vida, recuperam-se de enfermidades e mantêm sua saúde, ou enfrentam a morte. O cuidado humanizado é culturalmente definido e conhecido, e deve ser estudado e usado nas práticas do cuidado de enfermagem. Colocações apropriadas do cuidado cultural podem atingir os clientes mais difíceis e tornar a atividade da enfermagem uma atividade terapêutica. Desta forma, o cuidado humanizado é o que ajuda as pessoas a crescerem, conhecerem os outros e enfrentarem difíceis desafios do tipo saúde-doença. O cuidado humanizado é um importante meio, pelo qual o público pode melhor conhecer e entender a enfermagem, sendo também uma forma de diminuir o distanciamento que o excesso de tecnologia fornece ao nascimento.

Queremos, com este trabalho, contribuir para o resgate do paradigma não-intervencionista, trocando a idéia de parto como um ato controlado pelo homem, organizando uma assistência que, de fato, assista à parturiente/acompanhante, de forma individualizada e humanista, levando em conta suas crenças e valores, enfatizando e incentivando a idéia de parto como processo natural, no qual possam escolher o tipo de parto, o acompanhante possa participar mais ativamente no processo de parir, assim como a mulher possa ser a protagonista deste processo.

Inspiradas no Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica desenvolvido por Gonçalves e Furlani, 2000, comparamos o processo de parir à uma viagem espacial pois, esta pode ser desconhecida, coberta de surpresas, descobertas, conquistas, obstáculos e alegrias, além de encerrar na sua simbologia o constante avanço da humanidade rumo ao futuro.

Descreveremos a seguir como foi a Viagem Cultural e Humanística pelo Universo do Processo de Parir. Ao **Estabelecer o Alvo da Viagem Espacial** (objetivos) decreveremos as conquistas que nos propusemos alcançar durante a “viagem”. Através da **Visualização com um Grande Telescópio do Universo do Processo de Parir** (revisão de literatura) pudemos realizar uma observação, um estudo do “Universo” percorrido, da trajetória, de outras viagens, dos acontecimentos, da volta e da recuperação, e de como o universo difere entre as culturas. O Capítulo **Descrevendo o Guia** (referencial teórico) deu subsídios para nós, as astronautas, estarmos melhor preparadas para essa “viagem”, foi o nosso guia norteador. Em **Estabelecendo a Rota** (metodologia) destacamos a **Descrição da Nave Espacial** (campo de estágio), **Os Passageiros** (população alvo) que seriam convidados a decolar na nossa “viagem”, o **Manual da Tripulação** (plano de ação) e o **Instrumento de Navegação** (processo de enfermagem). No item **Duração da Viagem** (cronograma) aparecem os dias que “viajamos” ou estávamos na base a espera das passageiras. Em **Relatando os Resultados da Viagem** (apresentação dos resultados) relatamos de forma detalhada como se deu cada conquista que atingimos e algumas atividades que não constavam do nosso “plano de viagem”. Julgamos importante relatar a **Carona que Pegamos com um Cometa** (facilidades) e **Algumas Nebulosas** (dificuldades) que encontramos durante a “viagem”. Por último, expressamos em **Viajando num Universo de Possibilidades** (considerações finais) algumas das conclusões das autoras frente a “viagem” realizada.

Ao finalizar esta breve introdução, gostaríamos de convidar a todos para decolar na Viagem Cultural e Humanística pelo Universo do Processo de Parir, esperando que ao percorrer este caminho, o leitor tenha uma viagem tão prazerosa quanto a nossa.

## **2 ESTABELECENDO O ALVO DA VIAGEM ESPACIAL (OBJETIVOS)**

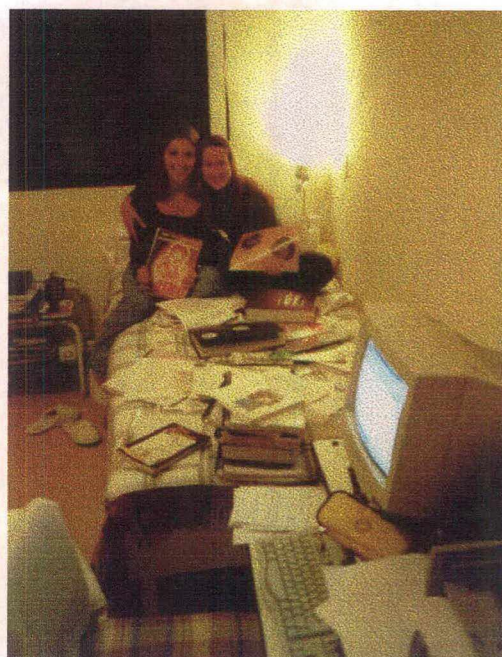
### **2.1 Objetivo Geral**

Prestar cuidado à parturiente/acompanhante, no processo de parir no Centro Obstétrico, de forma a torná-lo humanizado e respeitoso, com base na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Transcultural de Madeleine Leininger.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Auxiliar, no preparo da parturiente/acompanhante, a participar ativamente no processo de parir;
- Identificar as crenças e valores da parturiente/acompanhante, no processo de parir; e as necessidades de cuidado, de forma a preservar, adaptar e/ou repadronizar o cuidado de enfermagem;
- Prestar cuidado de enfermagem, no processo de parir, respeitando as crenças e valores da parturiente/acompanhante;
- Contribuir para a implementação dos 08 (oito) passos para a Maternidade Segura e para a manutenção dos 10 (dez) passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, Organização Mundial da Saúde (OMS)/UNICEF, dando ênfase aos que estão relacionados ao Centro Obstétrico;
- Avaliar a proposta de cuidado cultural aplicada junto à parturiente/acompanhante, no processo de parir, no Centro Obstétrico;
- Buscar aprofundamento dos conhecimentos em relação à Teoria de Leininger, à humanização no parto e atualização na área de enfermagem obstétrica, com a participação em eventos específicos;
- Desenvolver e manifestar atitudes coerentes, referentes aos princípios éticos do Código de Ética dos profissionais de enfermagem.

### **3 VISUALIZANDO COM UM GRANDE TELESCÓPIO O UNIVERSO DO PROCESSO DE PARIR (REVISÃO DE LITERATURA)**



Acadêmicas Daniela e Joyce viajando nos livros

Para melhor entendimento do trabalho, colocamos uma revisão dos principais assuntos referentes à história do parto, resumindo o Guia Prático para o Cuidado no Parto Normal, da Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS); os aspectos fisiológicos, psicológicos e culturais da gravidez, o trabalho de parto, parto e aleitamento materno. Por último, abordamos alguns aspectos do cuidado humanizado, no processo de parir.

### 3.1 O Parto e sua Trajetória Histórica

No passado, a maioria dos partos eram realizados por parteiras e, quando estas se encontravam em um parto complicado, chamavam outra com mais experiência. Somente depois de todos os recursos esgotados, é que chamavam os cirurgiões, para a embriotomia.

Em torno dos trabalhos realizados por Florence Nightingale, durante o período de 1850, a profissão de enfermeira ganhou respeitabilidade, no interior da classe média inglesa.

No mesmo período, a profissão de parteira sofre seu declínio, devido à inauguração do fórcepe obstétrico, criado pelo cirurgião Peter Chamberlen, ocasionando a substituição do paradigma não-intervencionista, pela idéia de parto, como um ato controlado pelo homem.

Segundo Osava (1996), a operação cesariana começou a substituir o fórcepe na segunda metade do século XX. Entre 1881 à 1904, foram realizadas somente cinco cesarianas no Brasil. A elevada mortalidade materna, na operação, desestimulou a adoção do procedimento. A elevação das taxas somente aconteceu, quando se deu a ampliação das indicações cirúrgicas e o maior volume de diagnósticos de sofrimento fetal, como a monitorização fetal e a ultra-sonografia.

Nos Estados Unidos, as mulheres começavam a procurar os serviços do médico na gestação e parto, porém, em 1910 ainda 50% dos partos eram realizados por parteiras.

A profissão médica norte-americana deu continuidade ao longo da metade inicial do século XIX. Durante este período, houve uma campanha contra as parteiras tradicionais, atribuindo a elas a responsabilidade das elevadas taxas de mortalidade materna e infantil, devido a suas unhas sujas. Sabe-se que as parteiras dispunham de pouca base educacional; sua clientela era, em grande parte, pobre, desnutrida, desempregada, onde se concentravam altos fatores de risco de morbidade e mortalidade.

Nesta época, folhetos eram distribuídos, divulgando a crescente participação masculina no parto, e relato de casos de mulheres que morriam, pois a demora da parteira em chamar um médico, era grande.

As relações entre a emergente profissão de enfermagem e a milenar profissão de parteira não foram amistosas. As enfermeiras viam as parteiras com desdém, compartilhando a visão médica como supersticiosas, ignorantes e pouco higiênicas. E as parteiras, vendo as enfermeiras como um pouco mais do que servas dos médicos.

A enfermagem prosperou, pois sua configuração se afinava com os propósitos do modelo em formação patriarcal, encontrado na figura médica. Ao mesmo tempo que a aliança de médicos e enfermeiras ajudava a eliminar as curandeiras e parteiras.

Ainda no século XIX, era inquestionável a presença das parteiras, pois as mesmas eram economicamente acessíveis e ajudavam as mulheres com as tarefas domésticas por um mês ou mais, após o parto. A partir desta necessidade, foram encontrados meios de reverter esta situação, como incluir mulheres médicas na obstetrícia, fundação de cursos para a formação de enfermeiras parteiras, que seria uma profissional, que atuaria por cerca de um mês antes do parto, prestando, sob ordens médicas, cuidados com as gestantes. Ambos fracassaram.

Em 1848, o médico clínico Samuel Gregory criou o curso de treinamento para parteiras, porém sua idéia não foi muito longe, devido a pressões dos cirurgiões.

Em 1902, na Inglaterra, a prática das parteiras foi regulamentada como um projeto denominado “Midwives Act”, tornando obrigatório a presença de um médico em todos os partos considerados anômalos, ficando, a cargo do Estado, o pagamento dos honorários médicos, quando a família comprovasse ser pobre. A partir daí, a passagem da prática da parteira, para o controle médico, se deu de forma crescente e definitiva.

A enfermeira passou a ser treinada em obstetrícia, na luta pela elevação da qualidade da assistência materno-infantil.

Em 1920, o declínio da parteira tradicional tornou-se irreversível, e o parto hospitalar começa a substituir o parto domiciliar. Tal mudança criou condições necessárias para a inclusão de rotinas cirúrgicas, como a episiotomia e o fórcepe profilático.

O corpo feminino passa a ser interpretado como uma máquina.

No Brasil, o ensino formal das parteiras tem seu início em 1832, ganhando o título de “parteiras”. Em 1931, o título é modificado para o de “enfermeira obstétrica”, aproveitando a criação da profissão de enfermeira em 1923.

Com a Reforma Universitária em 1968, vetando os cursos de partos oferecidos pelas escolas médicas, ficando a cargo exclusivamente das escolas de enfermagem a formação das parteiras ou obstetrizes (Osava, 1996).

Havia dois tipos de profissões: a parteira (obstetriz) e a enfermeira obstetra, significando dois modelos de formação profissional; o modelo europeu, ligado às escolas médicas, e o modelo norte-americano, ligado às escolas de enfermagem.



No modelo atual de assistência ao parto, o médico é de atenção intervencionista e cirúrgico. Após a exclusão da parteira, a enfermeira obstetra, obstetriz, permaneceu no seu espaço, que, até o momento, não foi preenchido por nenhuma outra categoria.

Cresce, portanto, o trabalho do médico, no trabalho de parto e, consigo, a operação cesariana, enquanto que o parto normal configura-se, cada vez mais, como um sofrimento desnecessário.

Hoje vem ocorrendo um movimento organizado de mulheres que visam a revisão de assistência ao parto, uma preocupação com a segurança, com o direito de escolha e com a qualidade de experiência de dar à luz, para a mulher e o casal. Infelizmente tais mudanças não têm provocado engajamento, por parte das enfermeiras obstetras, pois elas podem ser uma das principais contribuidoras destas mudanças, desde que assumam e sejam percebidas como um elemento valioso e imprescindível na promoção da segurança e qualidade da experiência singular de dar à luz, no contexto hospitalar e extra-hospitalar (Tanaka & Osava, 1997).

A assistência ao trabalho de parto e parto sofreram várias mudanças, no decorrer da história, como a hospitalização, os avanços tecnológicos, procedimentos de rotina e técnicas, (muitas vezes utilizadas de maneira errônea), a realização da episiotomia, o uso de ocitocina, a amniotomia precoce, a mudança do pessoal que atende a parturiente e até a mudança de posição da parturiente, a proliferação de exames, a invenção e o uso do fórcepe, a mobilidade restrita. O aumento do número de cesarianas, foi decorrente do aumento da dor, pelo medo de enfrentar um processo agora patológico; lesões na anatomia e fisiologia da vagina; crença de que o parto vaginal é mais arriscado para o bebê, e por ser um procedimento eletivo, havendo menor ansiedade pela família. Pudemos observar, então, que durante os anos, houve uma crescente desumanização, onde o trabalho de parto e parto são vistos como um processo patológico, arriscado e perigoso e não mais como normal e natural. A mulher perdeu sua autonomia de realizar o parto, de comandar.

### 3.2 Progresso na Assistência e suas Implicações Positivas e Negativas

*“Que a mulher possa gozar essa alegria,  
chegar a esse auge entre estranhos, no hospital,  
ainda mais com um monitor em sua barriga,  
é coisa duvidosa, não há como negar.*

*Que ela escolha, prefira a anestesia, para estar certa  
de que nada sentirá, não deixa de ser mistério.*

*Mas, visto que o próprio nascimento é um mistério,  
quem com isso se há de espantar?"*

(Leboyer, 1998 p.270)

Segundo Mold e Stein (apud Diniz, 1996 p.4) "Não é difícil perceber que, pelo menos em alguns casos, a cascata de intervenções benignas, à qual os médicos submetem as mulheres, podem levar a complicações, gerando intervenções subsequentes e mais complicações, que terminam em uma intervenção final, em geral uma cesárea, que não teria acontecido se a cascata não tivesse iniciado."

A **posição de litotomia** e a sua mobilidade restrita, ocasionam um aumento na duração do trabalho de parto e o risco de sofrimento fetal, pela diminuição da intensidade e eficácia das contrações, interferindo no progresso do trabalho de parto. Na posição horizontal há pressão sobre a veia cava diminuindo o fluxo sanguíneo e a oxigenação para o feto, gerando maior desconforto, aumento da tensão e da dor, estimulando a paciente a pedir uma anestesia, uma vez que a mudança de posição e outras alternativas para amenizar a dor, como a massagem, relaxamento e banho são descartados por certos profissionais. Segundo a Organização Mundial de Saúde (O.M.S., 1996), a única exceção para adotar a posição horizontal é quando ocorre ruptura de membranas, na presença do não coroamento da cabeça fetal.

Para Rezende (1991) a **integridade das membranas** é necessária, para uma boa evolução do trabalho de parto, devendo as mesmas serem conservadas íntegras até dilatação completa. Além da função de cunho hidráulico, favorecendo a dilatação cervical, também defende a cavidade uterina e o feto contra penetração de germes vaginais ou veiculados no momento do toque.

A **amniotomia** (procedimento de rotura das membranas) apresenta, como ponto positivo, a função de acelerar o trabalho de parto, porém, como ponto negativo, acarreta o aumento das contrações e da pressão da cabeça do bebê, sem a proteção da bolsa, propiciando tanto o edema do colo do útero quanto o sofrimento fetal, sabe-se também que, em algumas situações, é realizada precocemente. A amniotomia, quando indicada, deve ser realizada durante a contração uterina, momento em que as membranas estão tensas.



*“Ora, cumpre dizer que quem é um pouco honesto  
confessará que se ignora tanta coisa sobre  
o que ativa e determina o trabalho de parto,  
que a verdadeira sabedoria é só intervir  
quando absolutamente necessário.”*

(Leboyer, 1998 p.182)

A **tricotomia** (raspagem dos pêlos pubianos) já foi comprovada ser uma técnica totalmente desaconselhável, pois provoca o aumento dos riscos de infecção, pela fragilização da pele e das defesas naturais na raspagem. Conforme a OMS e a Organização Pan – Americana (1996), a raspagem dos pêlos pubianos é uma prática ineficaz, devendo ser eliminada, somente sendo realizada a pedido da parturiente.

Quanto à **episiotomia** (corte de pele e músculos da vulva e da vagina) não há qualquer justificativa médica para a realização de rotina ou para seu uso liberal; ela não cumpre os objetivos que justificam a sua realização, sejam eles a prevenção de lesões nos genitais da mãe ou na cabeça do recém-nascido. De acordo com a OMS (1996), a realização da episiotomia apresenta boas razões, como, sinais de distócia fetal, progresso insuficiente do trabalho de parto e risco de laceração de terceiro grau. O uso rotineiro e liberal da episiotomia está enquadrada na categoria D, que inclui práticas que são freqüentemente usadas inapropriadamente. Porém sabe-se que a previsão de laceração de terceiro grau é difícil, e a incidência deste tipo está em torno de 0,4%. Sabe-se, atualmente, que as mulheres que realizam episiotomia apresentam um risco aumentado de desenvolver cistocele, incontinência urinária, retoccele e problemas sexuais, aumento da freqüência e gravidade de lesões perineais no parto, sendo sua prática associada a um maior risco de infecção perineal, inclusive a casos fatais, se comparadas às mulheres que foram poupadas deste procedimento. “A episiotomia tem sido recomendada, entretanto é somente a substituição de uma laceração evidente por outra duvidosa” (Whery, apud Ymayo, p.3).

*“Onde cortar?”*

*“A episiotomia deve ser clássica,  
ou seja, lateral:  
nada de episiotomia mediana, em direção ao ânus;  
nem generosa, nem tímida demais,  
uma vez mais, no meio está a virtude, e, como sempre,*

*em conformidade com a situação,  
de tal modo que não se pode dizer  
que ela deve ter “tantos centímetros” ”*

(Leboyer, 1998 p.206)

A **estimulação ocitócica** é utilizada para a indução do parto e é um procedimento que pode levar ao sofrimento fetal, pelas contrações artificialmente intensas, causando a intolerabilidade da dor pela mãe, e ao uso de sedativos para diminuir as contrações. Porém esses sedativos podem provocar depressão fetal levando a necessidade de interromper o parto pelos riscos de vida para o bebê. A indução também traz o risco de prematuridade iatrogênica, pelo possível erro no cálculo da idade gestacional. De acordo com a OMS (1996), o uso de ocitocina está ligado à prevenção do trabalho de parto prolongado, por provocar um aumento da intensidade das contrações uterinas e/ou sua frequência, necessitando cuidados especiais como, a utilização da bomba de infusão para controle rigoroso do gotejamento, avaliação da Dinâmica Uterina e Batimentos Cardíaco-Fetais.

*“Sabe-se que as contrações do útero,  
portanto o avanço do trabalho, são controladas pela hipófise,  
pequena glândula endócrina escondida no cérebro,  
verdadeiro regente da orquestração hormonal.*

*Técnica puramente médica,  
fora da alçada deste ensaio;  
mas aqui podemos dar uns conselhos  
aos futuros obstétricas e parteiras.*

*A perfusão de hipófise pode ser indicada quando a mulher  
não tem contrações bastantes, quando suas contrações  
são deficientes, ou – que paradoxo! –, quando as contrações  
são excessivas, violentas, desordenadas”*

(Leboyer, 1998 p. 155)

O **enema** consiste no esvaziamento do reto, sigmóide e colo descendente que pode evitar a contaminação por ocasião do parto, sendo indicado por Rezende & Montene-

gro (1995) e Neme (1995) apud Santos (1999). Atualmente discute-se a sua utilização como rotina. A Organização Mundial da Saúde (1996) também considera o enema de rotina um procedimento desnecessário, devendo ser respeitado o desejo da mulher de realizá-lo ou não. Em dois estudos randomizados (Romney e Gordon 1991, Drayton e Rees 1984) descobriram que sem o uso do enema, as fezes são mais consistentes e mais fáceis de remoção do que após a realização do enema. Maldonado (1996), afirma que o enema provoca contrações intestinais que se somam às uterinas, aumentando, temporariamente, a sensação de desconforto, durante o período de dilatação.

### 3.3 Normas e Rotinas Preconizadas pela Organização Mundial de Saúde

A Organização Mundial de Saúde e a Organização Pan-Americana criaram um Guia Prático para o Cuidado no Parto Normal (1996). Depois de debater as evidências, criaram recomendações de acordo com as práticas realizadas e as subdividiram em quatro categorias.

**Categoria A:** *Práticas que são utilizadas e devem ser encorajadas. Dentre elas podemos citar:*

- *oferecer fluido oral durante o trabalho de parto e parto;*
- *respeitar o direito da mulher de privacidade no local do nascimento;*
- *respeitar a decisão da mulher em relação ao companheiro durante o trabalho de parto e parto;*
- *durante o trabalho de parto até o parto, a mulher tem liberdade de escolha na sua posição e movimentação;*
- *encorajar posição que não a supina durante o trabalho de parto;*
- *uso de ocitocina profilática no terceiro estágio do trabalho de parto em mulheres com o risco de hemorragia pós-parto, ou ameaçadas por uma grande quantidade de perda sangüínea;*
- *prevenção da hipotermia no bebê;*
- *precoce contato, pele a pele, entre a mãe e bebê e apoiar o início da amamentação na primeira hora após o parto de acordo com os guias da O M. S. em relação à amamentação.*

**Categoria B:** *Práticas que são consideradas ineficazes e devem ser eliminadas. Entre elas podemos citar:*

- *uso rotineiro do enema;*
- *uso rotineiro da raspagem dos pêlos pubianos;*
- *uso rotineiro de infusão intravenosa durante o trabalho de parto;*
- *inserção profilática rotineira de cânula intravenosa;*
- *exame retal;*
- *administração de ocitocina em qualquer tempo antes do nascimento de modo que seu efeito não possa ser controlado;*
- *uso rotineiro de lavagem do útero após o nascimento;*
- *revisão rotineira (exploração manual) do útero após o nascimento.*

**Categoria C:** *Práticas que possuem evidência insuficiente, para apoiar uma recomendação clara, e devem ser utilizadas com cuidado, até que futuros estudos clarifiquem o assunto. Entre elas podemos citar:*

- *uso rotineiro de amniotomia precoce no primeiro estágio do trabalho de parto;*
- *manipulação ativa do bebê no momento do nascimento;*
- *clampeamento precoce do cordão umbilical;*
- *estimulação do mamilo para aumentar a contração uterina durante o terceiro estágio do trabalho de parto;*
- 

**Categoria D:** *Práticas que são frequentemente utilizadas inapropriadamente. Entre elas podemos citar:*

- *restrição de comida e fluidos durante o trabalho de parto;*
- *anestesia epidural para o controle da dor;*
- *repetidos ou freqüentes toques, especialmente por mais de um profissional;*
- *cateterização vesical;*
- *livre ou uso rotineiro de episiotomia;*
- *exploração manual do útero após o nascimento;*
- *aumento progressivo da infusão de ocitocina.*

Tecnologias apropriadas para nascimentos e partos, conforme recomendações da OMS (1985).

**São deveres do governo:**

1. *“Estabelecer políticas específicas sobre tecnologias apropriadas ao nascimento, a serem adotadas, tanto em serviços de saúde públicos, como privados.*
2. *Desencorajar o uso indiscriminado de tecnologia, através de regulações financeiras, e encorajar uma assistência obstétrica que critique a tecnologia desnecessária do parto, e que respeite os aspectos emocionais, psicológicos e sociais do nascimento.*
3. *Determinar quais instruções e instâncias governamentais coordenarão a avaliação da tecnologia adequada ao nascimento.*
4. *Criar legislação para que o uso de novas tecnologias de nascimento e parto ocorram somente após avaliação adequada.*
5. *Estimular a participação de universidades, sociedades científicas e grupos de pesquisa, na avaliação da tecnologia na assistência ao nascimento.*
6. *Encorajar a formação de obstetrizes e parteiras profissionais, cuja tarefa é assistir à gestação, nascimento e puerpério normais.*
7. *Estimular a formação de grupos femininos de auto-ajuda, no sentido de proporcionar valioso apoio social e oportunidades de compartilhar informações sobre nascimento.*
8. *Promover conferências nacionais e regionais sobre Nascimento e Parto, incluindo provedores e autoridades de saúde, clientes, grupo de mulheres e mídia.”*

**São direitos da população:**

*“Toda mulher tem direito a um pré-natal adequado e é dela o papel central em todos os momentos da assistência, incluindo o planejamento, o funcionamento e a avaliação da assistência recebida.*

*A população deve ser informada sobre as várias tecnologias relacionadas à assistência à gravidez e parto, de forma a possibilitar, à mulher, a escolha ao tipo de assistência de sua preferência.*

*Hospitais e maternidades públicos e privados devem divulgar informações sobre suas taxas de procedimentos (indicações, anestésias e analgésias, cesáreas, enemas, tricotomias, episiotomias). ”*

### **Recomendações quanto às tecnologias apropriadas:**

1. *“As menores taxas de mortalidade perinatal são de países com menos de 10% de cesáreas. Não há justificativa para taxas de cesárea regionais superiores a 15%.*
2. *Não há evidências da necessidade de cesáreas depois de uma cesárea. Partos vaginais após cesárea anterior devem ser encorajados sempre que for possível, evitar uma cirurgia de emergência.*
3. *Ligadura de trompas não se constitui em indicação de cesárea. Há métodos mais simples e menos arriscados de esterilização tubária.*
4. *Deve-se evitar a administração rotineira de analgesia ou anestesia durante o parto. Esta só deve ser administrada para corrigir ou evitar qualquer complicação.*
5. *Não há fundamentação científica para a raspagem de pêlos pubianos e enema antes do parto.*
6. *Não se justifica o uso sistemático de episiotomia. Deve-se, no entanto, proteger o períneo sempre que possível.*
7. *Não se recomenda colocar a parturiente em posição de litotomia dorsal durante o trabalho de parto e parto. É importante encorajar a mulher a movimentar-se andando, se acorando, se exercitando ou realizando outros movimentos. Cada mulher deve poder decidir livremente a posição e o local (instituição ou domicílio) de seu parto.*
8. *Deve-se reservar a indução para indicações médicas específicas. As regiões não devem ter mais de 10% de induções de parto.*
9. *Não há justificação científica ou técnica para ruptura artificial da bolsa amniótica como procedimento rotineiro.*
10. *A avaliação da tecnologia utilizada no parto deve envolver os profissionais que a usam, os epidemiologistas, cientistas sociais, autoridades de saúde e as mulheres em que ela foi utilizada.”*

### **As instituições de saúde devem:**

1. *“Garantir o bem-estar das futuras mães por meio da presença, no parto e no puerpério, de um acompanhante de sua escolha. A equipe de saúde deve proporcionar-lhes apoio emocional.*
2. *Motivar a equipe perinatal a estimular o relacionamento precoce entre mãe, bebê e família.*
3. *Oferecer condições para que o recém-nascido sadio permaneça sempre com a mãe. A observação do recém-nascido não justifica a sua separação da mãe.*
4. *Encorajar a amamentação imediata, antes da mãe e bebê deixarem a sala de parto.*
5. *Estimular a equipe de saúde a ter atitudes coerentes e compartilhar de uma mesma filosofia de trabalho, para garantir a continuidade na assistência à gestação e ao parto; mudanças na equipe não devem ameaçar a continuidade da assistência.*
6. *Incluir técnicas de comunicação no treinamento dos profissionais de saúde, para promover troca efetiva e interessada de informações entre os provedores de saúde e a gestante e sua família.*
7. *Contemplar no treinamento profissional os novos conhecimentos sobre aspectos sociais, culturais, antropológicos e éticos do nascimento.*
8. *Preservar o direito das mulheres parir em instituições, de decidir sobre sua roupa e o bebê, sobre a alimentação, o destino da placenta, e outras práticas culturalmente significantes.”*

### **3.4 Parto: Aspectos Fisiológicos**

*“O parto pode ser a maior das escolas,  
transformar-se num “Caminho”,  
quando se tem em mente este princípio:  
“A way”, “a gentle way”.*

*Não “um caminho suave”, pois o parto é um tremor*

*de terra, um maremoto, mas sim um “caminho inteligente”.*

*E bondoso.”*

(Leboyer, 1998 p.157)

Segundo Rezende (1998), o parto é o estágio resolutivo do ciclo grávido-puerperal e está associado ao desenvolvimento de contrações dolorosas e rítmicas, que condicionam dilatação do colo uterino. Arbitrariamente, considera-se o seu início quando a dilatação cervical atinge 2 cm Caldeyro-Barcia et al.(1957), estando a atividade uterina compreendida entre 80 a 120 uM ( em média 100uM). Não há demarcação nítida entre o pré-parto e o parto, ao revés, transição gradual, insensível, o que torna difícil caracterizar a atividade do começo da dilatação. As pequenas contrações localizadas tendem a desaparecer, estando ausentes nos partos normais onde os registros exibem apenas metrossístoles fortes e regulares. Na dilatação, as contrações têm intensidade de 30 mmHg e frequência de 2 a 3/10 minutos, para alcançar, no final deste período, valores respectivos, de 40 mmHg e 4/10 minutos.

### 3.4.1 Sinais e Sintomas do Trabalho de Parto

*“Após este longo preâmbulo e estas hesitações  
- mas a própria vida não se parecerá bem mais  
a um rio tumultuoso, caprichoso,  
do que a um riacho remansoso?...-,  
chegamos ao momento grave e solene:  
a mulher entrou em trabalho,  
o parto já começou.*

*O que é identificado pela perda do tampão mucoso  
e também por dois tipos de sinais:  
a característica das contrações, de um lado,  
e as modificações do colo,  
percebidas pelo toque vaginal, de outro:  
umas, reflexo das outras,  
como logo entenderemos.”*  
(Leboyer, 1998 p.40)



Nos últimos 15 dias de gestação, geralmente algumas manifestações surgem confundindo a gestante sobre o real início do trabalho de parto, chamados de sintomas e sinais prodrômicos. São estes:

**Descida do fundo uterino:** ocorre devido à adaptação da cabeça fetal ao estreito superior e à formação do segmento inferior.

**Insinuação da apresentação:** leva ao aparecimento das dores lombares e polaciúria, devido à compressão vesical. Nas primigestas ela começa de duas a três semanas antes do trabalho de parto e nas multigestas não ocorre antes do trabalho de parto.

**Perda do tampão mucoso:** à medida que a cérvix se torna parcialmente apagada e dilatada, o tampão é expelido e este pode estar acompanhado de sangue ou outras secreções vaginais.

**Amolecimento do colo uterino:** ocorre devido a alguns processos bioquímicos.

**Apagamento e dilatação cervical:** ocorre quando a cérvix se encurta e afina, freqüentemente acontecendo de três a quatro semanas, antes do trabalho de parto.

**Contrações uterinas (Braxton-Hicks):** apresentam frequência e intensidade variáveis, sendo mais freqüentes à noite.

*“Digamos que, se, em vez de “dores”*

*- termo consagrado, como dissemos, por uma cultura,*

*uma longa tradição -,*

*dissermos “ondas”,*

*já terá sido imenso o progresso”*

(Leboyer, 1998 p.48)

Ocorrência de manifestações locais: sensação de peso no baixo ventre e aumento de secreções vaginais.

Para o diagnóstico do trabalho de parto, consideramos somente o conjunto dos seguintes eventos: apagamento e dilatação do colo devido às contrações uterinas; contrações uterinas rítmicas, no mínimo duas em dez; formação da bolsa das águas e perda do tampão mucoso.

Comparação entre o trabalho de parto falso e verdadeiro (Santos, 1999)

Verdadeiro trabalho de parto	Falso trabalho de parto
Contrações regulares (intervalo gradativamente decrescente), duração e intensidade aumentando gradativamente.	Contrações com intervalo irregular (sem diminuição do intervalo). Duração e intensidade sem alteração.
Dilatação e apagamento cervical progressivo.	Não ocorre alterações cervicais.
Descida progressiva da apresentação.	Não ocorre descida da apresentação.
A gestante refere desconforto ou dor localizada nas costas e irradia-se para o abdome.	A gestante refere desconforto ou dor localizada apenas no abdome.
As contrações não se interrompem com sedação.	As contrações interrompem-se com a sedação.

3.4.2    Períodos Clínicos do Parto

Segundo Rezende (1998) clinicamente, o estudo do parto compreende três fases principais (dilatação, expulsão e secundamento), precedidas de estágio preliminar, o período premunitório. Greenberg (1960) propôs considerar um quarto período que seria a hora imediata à saída da placenta.

3.4.2.1   Primeiro Período: Dilatação Cervical

*“A cada contração, o prisioneiro se apóia  
com mais força na porta da prisão.  
O colo está então sendo “atacado”  
- indiretamente, pelas contrações que o fazem “bocejar”  
como a espreguiçar-se,  
- diretamente, pela criança, que quer abrir  
o caminho da descida.  
E é assim que, sob a ação dessas duas forças  
harmoniosamente conjugadas,  
o colo se abre cada vez mais  
e a dilatação progride.”  
(Leboyer, 1998 p.35)*

Segundo Rezende (1998), este período inicia-se com as primeiras contrações uterinas dolorosas, que começam a modificar a cérvix e termina quando sua dilatação está completa. Nas contrações ocorre um aumento gradual, resultante do incremento, na intensidade e na frequência, das contrações de Braxton-Hicks, melhor coordenadas e envolvendo áreas cada vez maiores. É neste período que acontece o amolecimento e apagamento do colo, orientação e abaixamento do colo. É durante este período que abre-se o diafragma cérvico-segmentário e se forma o canal do parto, isto é, a continuidade do trajeto uterovaginal, com dois fenômenos a predominar: o apagamento do colo ou desaparecimento do espaço cervical, incorporação dele à cavidade uterina e a dilatação da cérvix, ao fim da qual suas bordas limitantes ficam reduzidas a simples relevos, aplicados às paredes vaginais. Nas primíparas estes fenômenos são distintos ocorre primeiro o apagamento e depois a dilatação e nas múltiparas estes fenômenos ocorrem simultaneamente. Ocorre também a descida da cabeça fetal. Cria-se um espaço onde se irá coletar o líquido amniótico, tumefazendo as membranas ovulares(âmnio e cório), descoladas do ístimo, formando a bolsa das águas.

Assistência de enfermagem, segundo Santos (1999)

### **Respiração:**

- orientar a parturiente a realizar respiração superficial (inspirar e expirar o ar pelo nariz) e rápida durante as contrações;
- orientar a parturiente a realizar respiração lenta e profunda após a contração, em seguida retornando ao ritmo normal.

### **Posição no leito:**

- orientar a parturiente a permanecer na posição mais confortável a ela, evitando a de decúbito dorsal;
- orientar a parturiente sobre a importância do decúbito lateral por descompressão da veia cava, adotando preferencialmente o esquerdo;
- orientar a parturiente a contra-indicação da posição de decúbito dorsal.

**Atividade física:**

- orientar e estimular para que a parturiente deambule;
- orientar a parturiente para que alterne as posições como: sentar e deitar em decúbito lateral preferencialmente o esquerdo, de acordo com a sua vontade;
- estimular sono e repouso quando o trabalho de parto se inicia à noite e/ou não ocorre evolução, propiciando ambiente adequado para tal, evitando assim desgaste físico desnecessário;
- respeitar a vontade da parturiente, com relação à atividade física, sempre que possível, desde que não interfira no bem-estar materno-fetal.

**Alimentos e líquidos:**

- orientar e explicar à parturiente que não receberá alimentos sólidos durante o trabalho de parto;
- oferecer líquidos como água, chá, para aliviar o sabor desagradável da boca e como fonte de líquidos e calorias, se não houver contra-indicação;
- molhar a boca da parturiente com algodão ou gaze embebida em água ou estimular a higiene oral para evitar o ressecamento da mucosa, quando contra-indicado a ingesta hídrica;
- providenciar hidratação parenteral nos casos de vômitos frequentes ou trabalho de parto prolongado, para prevenir hipoglicemia e desidratação.

**Eliminações:**

- orientar a parturiente para urinar todas as vezes que sentir vontade ou a cada duas horas, pois a bexiga hiperdistendida pode causar aumento da dor durante as contrações, retardando, assim, a progressão da cabeça fetal;
- observar distensão vesical e, se presente, realizar manobras para a micção espontânea; não obtido sucesso, realizar cateterismo vesical;
- orientar e explicar quanto às eliminações intestinais;

- observar as características das secreções vaginais e do líquido amniótico, quanto a cor, odor e quantidade.

**Higiene pessoal:**

- orientar, estimular e encaminhar a parturiente ao banho de chuveiro, respeitando a sua vontade, observando as contra-indicações e indicações;
- trocar forros perineais sempre que estiverem molhados, principalmente após rotura das membranas;
- manter a cama da parturiente limpa e seca;
- realizar banho no leito, em caso de repouso relativo ou absoluto;
- estimular a parturiente quanto à higiene do rosto, das mãos, cabelos e troca de camisolas.

**Controle dos sinais vitais:**

- pulso: de 1/1 hora entre as contrações;
- pressão arterial: de 1/1 hora entre as contrações;
- temperatura: de 4/4 horas, e nos casos de rotura das membranas, de 2/2 horas;
- respiração: de difícil controle, realizar apenas quando houver indicação específica.

**Controle dos batimentos cardíacos fetais (BCF):**

- deve ser realizado de 30/30 minutos ou, no máximo, de 1/1 hora, sendo feito antes/durante e 20 segundos após a contração.

**Controle da dinâmica uterina (DU):**

- verificar de 1/1 hora, posicionando a parturiente em decúbito lateral, com a mão espalmada no fundo uterino permanecer durante 10 minutos observando e registrando a frequência e a duração das contrações.

### Atenção aos sinais de perigo

- sangramento vaginal abundante ou hemorragia;
- distúrbios visuais, tonturas, vômitos, dor epigástrica, inquietude e cefaléia;
- distensão do segmento inferior do útero, alterações na DU (hipertonia ou hiperatividade);
- alterações no BCF.

Mediante os sinais de perigo, deve-se: verificar os sinais vitais, puncionar veia calibrosa, manter a parturiente em decúbito lateral esquerdo, instalar oxigênio nasal por cateter se sofrimento fetal e solicitar a avaliação do médico obstetra.

*“Abertura, encurtamento, estreitamento  
a tal ponto que,  
terminada a dilatação,  
o colo está escancarado,  
e encurtado e afinado, tanto que desapareceu,  
o colo simplesmente não mais existe,  
e a criança, ou pelo menos sua cabeça,  
ali onde antes estava seu apoio natural,  
agora só encontra...  
o vazio!”*

(Leboyer, 1998 p.61)

### Segundo Período: Fase de Expulsão

Começa quando a dilatação está completa e termina com a saída do feto. as contrações se tornam mais intensas e freqüentes, com intervalos progressivamente menores, até chegarem a 5/10 minutos. Ocorre a “vontade de espremer ” ou os “puxos”, semelhantes aos movimentos suscitados pela evacuação. A vulva se entreabre, dilata-se lentamente, e se deixa penetrar pela apresentação. Desprende-se o feto, ao qual ficará ligado unicamente pelo cordão umbilical, segundo Rezende (1998).

*“Enquanto a dilatação, que durou horas,  
é um longo adagio,  
a expulsão, que só vai exigir cerca de meia hora,  
é a “retomada do tema” em ritmo endiabrado,  
um allegro furioso,  
ao mesmo tempo maestoso.”*  
(Leboyer, 1998 p.22)

Assistência de enfermagem, conforme Santos (1999)

- observar sinais de período expulsivo como, abaulamento do períneo com protrusão do ânus, apagamento dos grandes lábios, abertura da vulva e coroamento da apresentação;
- estar atento às queixas da parturiente, como vontade de fazer força e evacuar realizar amniotomia, se necessário e anotar no prontuário a hora, cor do líquido, odor e frequência cardíaca fetal;
- arrumar a mesa de parto;
- orientar a parturiente sobre o que está acontecendo e levá-la a sala de parto;
- posicioná-la na sala de parto;
- orientar a parturiente para realizar força durante as contrações, prendendo o ar e segurando o máximo possível e entre as contrações, orientá-la para descansar;
- umedecer a face e secar o suor;
- encorajar seus esforços e apontar seus progressos;
- se fluidoterapia, observar o local da punção;
- se necessário, providenciar anestésico para a infiltração de períneo;
- controlar os batimentos cardíacos do feto a cada 5 ou 10 minutos, no caso de período expulsivo prolongado;
- controlar a pressão arterial, se necessário;
- realizar a proteção do períneo;
- observar estado geral do recém-nascido., fazer laqueadura do cordão umbilical e avaliar o Apgar do 1º minuto;
- auxiliar o neonatologista a prestar os primeiros cuidados com o R.N.;

- colocar o recém-nascido junto à mãe e incentivar a amamentação;
- possibilitar e incentivar a presença de um acompanhante e estimulá-lo para que o mesmo forneça apoio;
- favorecer a interação precoce mãe x bebê x acompanhante;
- comunicar aos familiares sobre o nascimento, estado geral do bebê e da parturiente.

### Terceiro Período: Secundamento

De acordo com Rezende (1998) se processa, após o desprendimento do feto, e se caracteriza pelo descolamento, descida e expulsão da placenta e sua páreas para fora das vias genitais. É caracterizado por três momentos:

*“Esse manto, esse encanto, outro não é senão a placenta,  
que pertence ao “mar”, de que o herói não mais precisa,  
agora que, nascido e parte deste mundo, consegue por si mesmo  
oxigênio, respira.”*

(Leboyer, 1998 p.139)

◆ **Descolamento ou dequitação:** decorre, essencialmente, da retração do músculo uterino após o parto, e em consequência de suas contrações, reduz-se de forma acentuada, a superfície interna do útero, pregueando-se a zona de inserção da placenta, o que vai ocasionar o seu descolamento. A decídua cede e se desloca ao nível da zona não-resistente (camada esponjosa). O descolamento da placenta se efetua, obedecendo a duas modalidades: 1. Mecanismo de Baudelocque-Schultze; 2. Baudelocque-Duncan.

O mecanismo de Baudelocque-Schultze ocorre em 75% dos casos, se dá quando a placenta inverte e desprende pela face fetal em forma de guarda-chuva. O sangue se exterioriza depois da placenta

No mecanismo Duncan (25% dos casos) a desinserção começa pela borda inferior da parede lateral do útero. O sangue se exterioriza antes da placenta.



◆ **Descida:** acontece devido às contínuas contrações e à ação da gravidade. Do corpo uterino, passa a placenta ao segmento inferior, que, então, se distende. Percorre a cérvix e cai na vagina.

◆ **Expulsão:** Através dos puxos, despertando novos esforços abdominais semelhantes às do 2º período do parto, há a expulsão da placenta para o exterior. No seu sítio de inserção forma-se uma ferida cruenta, com seus vasos abertos, liberando certa quantidade de sangue, até que se oblitere pelo mecanismo de Pinard, conseqüente à retração uterina.

Assistência de enfermagem, de acordo com Santos (1999)

- orientar a puérpera e acompanhante sobre o que está acontecendo e prepará-la para a episiotomia, se necessário;
- colocar o recém-nascido. junto à mãe incentivá-la ao aleitamento;
- observar sinais de descolamento e descida da placenta;
- anotar a hora de descolamento da placenta;
- observar e anotar mecanismo de descolamento da placenta (Baudelocque Duncan ou Baudelocque Schultze);
- pesar a placenta e medir o cordão umbilical;
- verificar sinais vitais, principalmente pulso e pressão arterial; observar aspectos clínicos o útero;
- observar sangramento vaginal.

#### **Quarto Período ou período de Greenberg**

Conforme Rezende (1998), é relativo à primeira hora, após a saída da placenta. É constituído de fases típicas que o caracterizam: miotamponagem, trombotamponagem, indiferença miouterina e contração uterina fixa.

\***Miotamponagem:** imediatamente após a expulsão da placenta, o útero se contrai e pode ser palpável num ponto intermediário entre o pube e a cicatriz umbilical. A

retração inicial faz com que ocorra a laqueadura viva dos vasos uterinos, constituindo a primeira linha de defesa contra hemorragia.

**\*Trombotamponagem:** é a formação de trombos, nos grandes vasos útero-placentários, constituindo o hematoma intra-uterino que recobre, de modo contínuo a ferida aberta no sítio placentário. Os coágulos enchem a cavidade uterina à medida que o fundo uterino se relaxa, levando-o a localizar-se ao nível da cicatriz umbilical. É a segunda linha de defesa contra hemorragia.

**\*Fase de indiferença miouterina:** o útero se torna “apático” e apresenta fases de contração e de relaxamento, correndo o risco de se encher de sangue.

**\*Contração uterina fixa:** normalmente após uma hora, o órgão adquire maior tono e assim se mantém.

#### Assistência de enfermagem, segundo Santos (1999)

- observar a presença do globo de segurança de Pinard;
- observar sangramento vaginal;
- controlar os sinais vitais: PA e pulso a cada 15 minutos, sendo que os desvios de variação normal exigem a cada 5 minutos e temperatura a cada 1 hora;
- trocar a camisola, colocar forro perineal;
- transferir a puérpera, de maca, para a sala de recuperação;
- observar a involução, altura, consistência e forma do útero;
- proporcionar ambiente tranquilo;
- ficar alerta aos sinais de perigo: sangramento vaginal abundante, útero amolecido e aumentado de tamanho, sudorese, diminuição da PA e aumento da frequência cardíaca. Devendo massagear o útero, colocar saco de areia, puncionar veia calibrosa, controlar a PA e solicitar avaliação médica;
- encaminhar a puérpera com recém-nascido e acompanhante ao alojamento conjunto.

### 3.4.3 Tempos dos Mecanismos do Parto

#### Encaixamento ou insinuação

*“Rochas?  
Não! Ossos!*

*Terríveis ossos da pelve,  
pelve onde a cabeça da criança vai ter de penetrar,  
afundar,  
onde é preciso “encaixar-se” custe o que custar,  
pois é no seu fundo que se encontra  
o colo,  
onde se esconde o inimigo  
que é preciso render.”  
(Leboyer, 1998 p.73)*

É a passagem da maior circunferência da apresentação, através do anel do estreito superior. Para que o encaixamento aconteça, deve haver redução dos diâmetros da cabeça fetal, através dos movimentos de flexão da cabeça; e para que a mesma transponha-se ao estreito superior, deve haver inclinação lateral denominada assinclitismo. A insinuação está completa quando o ápice da cabeça está no plano das espinhas ciáticas (plano 0 de De Lee). (Santos, 1999). Rezende (1998), afirma que o início do encaixamento se dá quando a dilatação cervical está completa, isto é, no início do período expulsivo.

#### Descida

Prosseguindo a insinuação, a cabeça desce até as proximidades do assoalho pélvico, mantendo a mesma atitude e o mesmo sentido. Esta se processa desde o início do trabalho de parto e só termina com a expulsão do bebê. O processo de De Lee é utilizado para avaliar o grau de descida da cabeça, tendo como ponto inicial o plano 0 que passa ao nível das espinhas ciáticas. Acima deste, a cabeça está em plano -1, -2, -3cm e abaixo, +1, +2, +3cm. (Santos, 1999)

## **Rotação Interna da Cabeça**

*“Como a cabeça consegue descer pela pelve,  
 encaixar-se e avançar?  
 Pela maneira como se move.  
 Pois em vez de “ir fundo em frente,  
 abaixada”, qual touro furioso,  
 ela, com infinita sutileza,  
 contornado o obstáculo do promontório,  
 só consegue continuar descendo  
 graças ao “movimento giratório”,  
 descida e giro sobre si mesma  
 descrevendo uma “espiral”,  
 que é o “movimento perfeito”.  
 A criança, pois, guiada por sua cabeça,  
 desce, “girando sobre si mesma”,  
 tendo como eixo sua própria coluna vertebral;  
 “afundada” na pelve mais ou menos como se fosse  
 um saca-rolha, ou melhor, uma hélice.”*  
 (Leboyer, 1998 p.89)

A cabeça distende e dilata o diafragma pélvico, ocorrendo movimento de rotação, que fará com que a sutura sagital se oriente no sentido anteroposterior da saída do canal. A cabeça normalmente roda na direção em que irá colocar o occipital na direção à sínfise púbica, e ao mesmo tempo dá-se a penetração das espáduas através do estreito superior da bacia (Santos, 1999).

## **Desprendimento da Cabeça**

*“É acentuado mais a flexão que a cabeça vai conseguir  
 passar, deslizar.  
 Mas por uma dessas guinadas da sorte que, decididamente,  
 parecem fazer parte da “ordem das coisas”,  
 eis que o adversário se torna aliado, amigo da cabeça.  
 E, apoiando-se na sínfise,*

*alojando sob ela a "fosseta da nuca",  
a cabeça, no último momento, fará uma deflexão,  
e com isso o herói recobrará o brio,  
e a cabeça terá vencido o último obstáculo, o períneo."*

(Leboyer, 1998 p.119)

Após a rotação da cabeça fetal, o suboccipital colocar-se-á sob a arcada púbica, e a sutura sagital orienta-se em sentido anteroposterior. O desprendimento se processa por movimento de reflexão. A nuca do feto se apóia na arcada púbica, movimentando-se em torno desse ponto. (Santos, 1999)

*"E agora, vitória!  
Eis que, da vulva distendida, surge...a cabeça.*

*E, sucessivamente, aparecerão  
na comissura posterior da vulva:  
- os cabelos, o alto da testa,  
- as sombrancelhas, a raiz do nariz, os olhos (fechados naturalmente),  
- a boca,  
- e por fim o queixo."*

(Leboyer, 1998 p.132)

### **Rotação Externa da Cabeça e Rotação Interna das Espáduas**

Em decorrência do peso do desprendimento da cabeça fetal, ocorre um sutil movimento de flexão, executando uma rotação, voltando o occipital para o lado onde se encontra a bacia. As espáduas também sofrem movimento de rotação, ao chegar ao assoalho pélvico. O ombro anterior se colocará sob a arcada púbica, e o posterior, paralelo ao assoalho pélvico.

*"E como aqui nos é dado um parto perfeito,  
vejam os ombros, um após outro sair,  
graças ao admirável movimento de rotação."*

(Leboyer, 1998)

## **Desprendimento das Espáduas**

A espádua anterior ultrapassa a arcada púbica aparecendo através do orifício vulvar. O tronco sofre o movimento de flexão lateral para o desprendimento da espádua posterior. O restante do bebê não apresenta resistência.

### **3.5 Os Tipos de Parto**

#### **3.5.1 Parto de Cócoras**

Segundo Rezende (1998), o parto de cócoras foi divulgado por Paciornik em 1979 apoiado na sua experiência vivida entre os índios de uma reserva no Paraná.

Sabe-se que as índias têm uma predisposição para este parto uma vez que esta é a sua postura habitual.

Paciornick apud Rezende (1998) relata que na mulher acocorada ocorre um alargamento da vagina no sentido transversal e força a flexão do tórax, como se a mulher estivesse olhando o nascimento do seu filho. O cóccix é jogado para trás, alargando no sentido anteroposterior. Quando a mulher permanece com as pernas no chão ela pode utilizar os músculos dos membros inferiores, os mais eficientes do corpo, o que não acontece na posição ginecológica pois suas pernas estarão sustentadas por perneiras, desprezando assim a musculatura. De cócoras o peso do feto representa a força aplicada fora da liberação cefálica auxiliada pelo fórceps. A limpeza das vias aéreas, impedindo a entrada de elementos estranhos, estaria ligada com a força da gravidade. O mesmo autor recomenda que, neste tipo de parto, as mulheres, que não estejam preparadas fisicamente, devem fazer exercícios de abaixar e levantar, várias vezes ao dia. No final da gravidez, o peso do útero obriga a mulher acocorada a movimentos de bascula para frente, aumentando os diâmetros anteroposteriores. Forçando a abdução das pernas e inclinado o corpo para frente, o diafragma pelviano se relaxa, os grandes lábios se separam, a vagina, a uretra e o ânus se entreabrem.

A história da Obstetrícia está repleta de referências quanto à posição, sendo que o parto vertical já abrangeu as posturas de cócoras, de joelho, de pé ou sentada.





Cadeira Obstétrica

Fonte: Parto Através dos Tempo, Fascículo 2, 1992.

Atualmente, revive-se o parto vertical, utiliza-se a cadeira obstétrica dotadas de inúmeros recursos como o repouso móvel para a cabeça, suportes laterais e dispositivos para os braços, oferecendo conforto.



Cadeira Obstétrica Modelo Dr. Paciornick

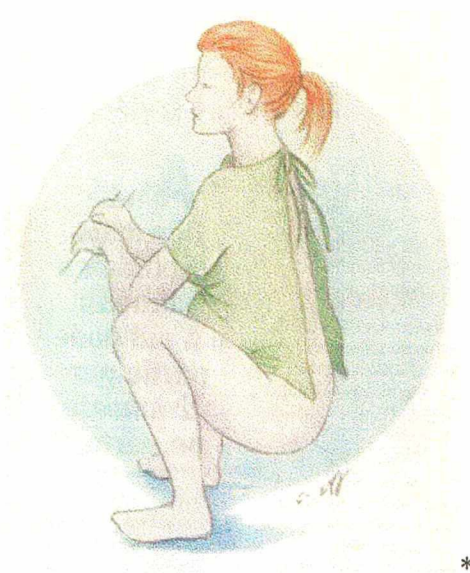


Cadeira Obstétrica Modelo Dr. Sabatino

Em contraposição a vários autores, Stewart & Spiby apud Rezende (1998), após observado 304 mulheres constatou que o parto em cadeira obstétrica não trouxe ne-

nhum benefício à mulher e, sim, mais perda sangüínea durante o parto, aumentando a incidência de hemorragia pós-parto.

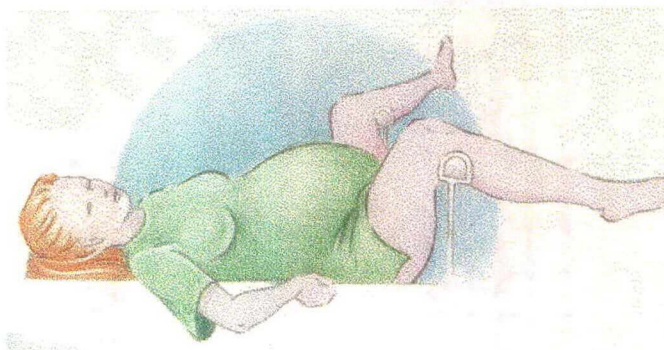
De acordo com Sanchez (1998), a posição de cócoras aumenta em até 25% a elasticidade do canal do parto, facilitando a saída do bebê ao reduzir a compressão sobre a cabeça do bebê. A mulher também fica com mais liberdade de movimentos durante os intervalos das contrações. Da mesma forma que Paciornick, a revista refere que alguns exercícios de alongamento para ampliar a elasticidade muscular da região pélvica e fortalecimento da musculatura da perna são necessários, uma vez que esta região é pouco estimulada pelas mulheres da cidade grande. Também relata que algumas cadeiras possuem um espelho na sua parte inferior, permitindo a mulher a assistir de maneira integral o nascimento do bebê.



### 3.5.2 Parto na Posição Deitada

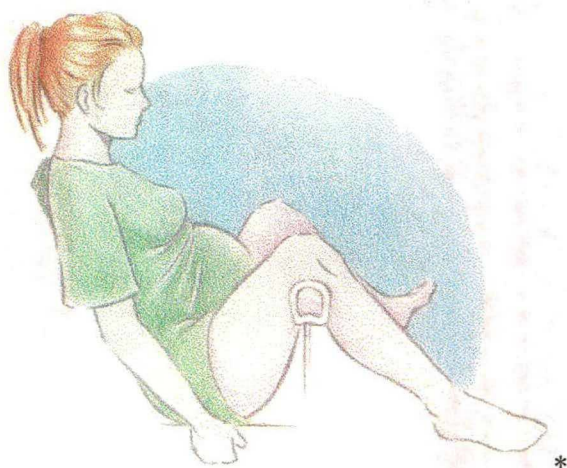
Conforme Sanchez (1998), ainda é a posição mais comum, a mulher fica deitada com as pernas apoiadas em perneiras. Esta posição é usada mais freqüentemente desde o século XIX facilitando mais a vida do médico do que a da mulher, pois esta posição contraria a lei da gravidade, devendo a mulher fazer uma força de expulsão muito grande. Além disso a posição pressiona a artéria aorta e a veia cava, prejudicando a circulação fetal.





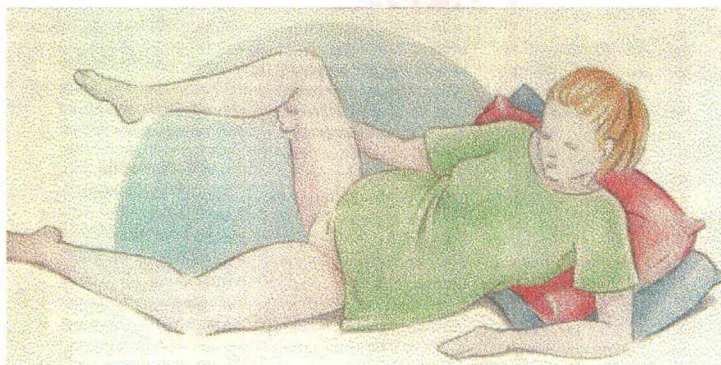
### 3.5.2 Parto na Posição Semi-Sentada

Esta posição está sendo utilizada em diversos hospitais. A mãe se apoia em um encosto entre 30 e 45 graus em relação à cama com as pernas apoiadas em perneiras. Esta posição facilita a expulsão do bebê, porém, permanecendo ainda a pressão sobre os vasos sanguíneos (ibid, 1998). Segundo Bonduki apud Sanchez (1998), a tendência dos bons hospitais é a substituição da posição deitada pela semi-sentada.



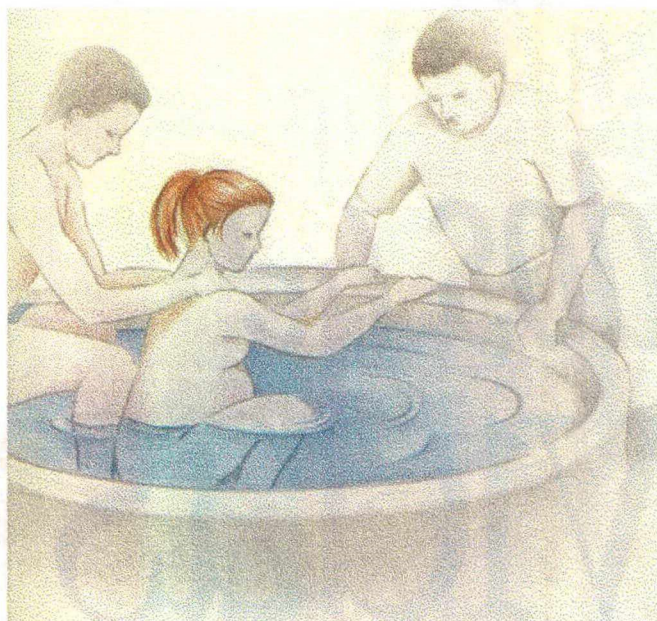
### 3.5.3 Parto na Posição de Lado

De acordo com Sanchez (1998), também pode ser chamada de “posição de Sims”, a mulher fica deitada de lado esquerdo, mantendo a perna esquerda estirada na cama e a direita dobrada. Esta posição beneficia a circulação fetal, uma vez que não ocorre da compressão da veia cava, localizada do lado direito da coluna vertebral.



#### 3.5.4 Parto na Água

Este deve ser realizado em uma banheira, de pelo menos, 1,5 metros de diâmetro, e a água da banheira deve estar em torno de 35 graus. Este tipo de parto proporciona grande relaxamento muscular para a mãe, propiciando um nascimento mais suave para o bebê. Este tipo favorece uma grande interação com o pai na hora do parto. Porém, alguns médicos temem este tipo de parto, devido ao risco de infecção, já que a água é um meio de transmissão de microorganismos. Outros discordam desta idéia pois os microorganismos, que irão passar para a água, vêm do corpo da mulher, tendo, portanto, contado prévio com o bebê. (ibid,1998)





### 3.5.5 Parto Cesáreo

*“A fim de não alarmar em demasia as mulheres  
que deverão submeter-se a ela, bastará dizer que,  
longe de evitar o trauma, a cesárea “é um trauma”:  
- trauma como qualquer intervenção cirúrgica;  
- trauma para a mulher,  
para quem é o mesmo que admitir o fracasso:  
ela “perdeu ”seu próprio parto; trauma maior ainda  
se ela tiver passado por entusiástico preparo técnico;  
- trauma para o bebê, pois é um nascimento passivo,  
que o priva, como à mãe, do sentimento de realização,  
de vitória;  
- nascimento passivo e altamente traumático, porquanto  
a criança é “arrancada” da mãe e extraída do útero,  
não sem dificuldades, por um fenda necessariamente estreita.”*  
(Leboyer, 1998 p.185)

Segundo Sanchez (1998, p.31), “deitada e anestesiada, você recebe um corte um pouco acima do púbis, aprofundando até atingir a parte inferior do útero. O bebê é retirado e fecha-se tudo.” Este tipo de parto deveria somente ser realizado em gestações de alto risco como no caso de mulheres com diabetes, hipertensão e problemas renais, ou no caso de bebês prematuros ou que estejam em posição inadequada na hora do parto. Porém, muitas cesarianas são feitas por conveniências médicas e também a pedido das mulheres, principalmente pelo receio da dor do parto normal. A cesariana oferece maiores riscos de infecção e hemorragias à mulher, pois se trata de uma cirurgia. Neste tipo de parto, o processo de nascimento fica prejudicado, uma vez que, durante o trabalho de parto, ocorre o estímulo da produção do leite, e o corpo da mãe produz e envia substâncias químicas que vão auxiliar na respiração do bebê, nos primeiros momentos fora do útero. Sem contar que a recuperação pós-parto é mais dolorosa, lenta e complicada.

De acordo com Ziegel e Cranley (1986), a idéia de cesariana primária ocorre quando há o sangramento vaginal no pré-parto, a distócia; o sofrimento fetal, a apresentação pélvica, alguns casos de toxemia e certas complicações médicas. A cesariana pode ser

planejada para uma data específica ou, outras vezes, é um procedimento de urgência. As causas mais comuns de um procedimento eletivo são as cesarianas repetidas, apresentação pélvica ou estreitamento pélvico significativo. O preparo da paciente no caso de uma cesárea eletiva, já que a de urgência não dispõem de tempo para cuidados pré-operatórios, é similar à preparação de qualquer cirurgia abdominal. Além disso são feitos arranjos para o cuidado do bebê. A paciente pode ser internada um dia anterior à operação, para realizar exames laboratoriais, como a tipagem sanguínea, receber instruções e preparos finais, como a preparação da pele, ficar em jejum de líquidos e alimentos e receber enema na noite anterior ao procedimento. Antes da cirurgia deve-se introduzir um catéter de demora. O controle dos batimentos cardíacos deve ser feito antes da cirurgia e durante a preparação dela. A anestesia pode ser inalatória ou espinhal. Um preparado de ocitocina é administrado assim que o bebê nasce, para controlar o sangramento uterino. Nos cuidados após uma cesariana, incluem-se os pós-cirúrgicos de cirurgia abdominal e os pós-parto. A parturiente deve ser observada de perto até se recuperar da anestesia e os sinais vitais verificados frequentemente. No dia da cirurgia a cliente receberá líquidos via parenteral, começando a tomar líquidos quando cessarem as náuseas, e sólidos, após as 24 horas. A hemorragia vaginal deve ser acompanhada e deve ser igual à de um parto normal, deve-se apalpar o fundo uterino.

O aumento dos partos cirúrgicos levou ao aumento das taxas de morbimortalidade materna e perinatal; e um aumento desnecessário nas contas do setor de saúde, sem contar que aumentou as taxas de prematuridade iatrogênica devido ao erro no cálculo da idade gestacional.



\*Fonte: Revista Crescer, 1998



### 3.6 Ansiedade dos Dias Anteriores ao Parto

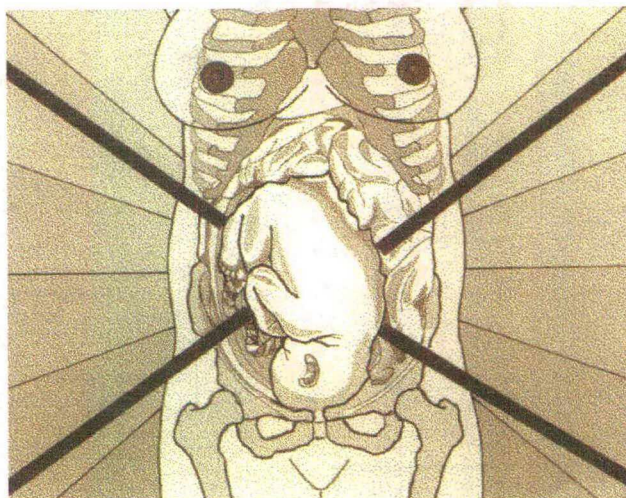
Em meio à incerteza, conforme Soifer (1984), que constitui a ansiedade dominante, aparecem outros sentimentos como o temor à morte no parto, à dor no parto, ao parto traumático devido à uma cesárea de urgência ou filho disforme e à morte do filho. Maldonado (1999) inclui ainda outros temores comuns que surgem neste período, como a de ficar com a vagina alargada para sempre, ficar com os órgãos genitais dilacerados, não ter leite suficiente ou ter leite fraco, de ter que ficar “presa” e ter que alterar a rotina diária.

Com frequência, a gestante experimenta a sensação de haver deixado de perceber os movimentos fetais, levando a uma angústia muito grande, pois na falta de movimentos a gestante associa a morte. Porém, sabe-se que a diminuição dos movimentos está relacionada com o tamanho do bebê que ultrapassou a capacidade de distensão do útero e pelo parcial encaixamento. (Soifer, 1984)

Segundo Maldonado (1999) a ansiedade é principalmente aguda nos dias anteriores à data prevista para o parto e intensifica-se ainda mais quando a data prevista é ultrapassada.

A negação das ansiedades ou uma intensa repressão ocasionam severos sintomas, sendo o mais frequente a *gestose*. Neste caso a gestante já não suporta mais as ansiedades, necessitando e merecendo ser atendida. O falso alarme é uma das formas encontradas para resolver esta crise, quando acontece a acentuação das contrações. O falso alarme pode ser compreendido como um ensaio para o dia do parto e, em geral, a gestante permite a liberação da ansiedade. A gestante necessitará da compreensão do obstetra para tranquilizá-la. (Soifer, 1984)

A mesma autora, refere ainda, que, nas gestações patológicas como, placenta prévia, excesso de líquido, malformação fetal, entre outras, a gestante pode registrar a informação ou a reprime, ocorrendo, neste caso, uma aparição de acessos de ansiedade ou diversos sintomas. Em certos casos, a gestante necessita de ajuda psicológica, e, junto com o clínico, para determinar a necessidade de investigação do problema orgânico. Fica nas mãos do médico a decisão de comunicar ou não a emergência à gestante.



Fonte: Jornal da ACM, 2000.

### 3.7 Ansiedades na Situação de Parto

*“Não esqueçam:*

*nunca é demais ter cuidados com a mulher em trabalho.*

*Sua sensibilidade é dez vezes maior. Que digo?! Cem.”*

(Leboyer, 1998 p.163)

As angústias deste período estão ligadas à percepção das contrações e/ou ruptura das membranas. No caso da ruptura precoce das membranas, as mulheres podem fantasiar diversos aspectos como, o perigo da abertura do recinto fetal, a ameaça de infecção, e, por último, o temido “parto seco”. (Soifer, 1984).

Freqüentemente, verifica-se nas mulheres o medo de não reconhecer o início do parto, aparecendo o medo de ser pega de surpresa, de se ver desamparada, sem apoio, o medo de não conseguir encontrar o médico e de não saber que poderá atendê-la, relata Maldonado (1996).

Há casos, de acordo com Soifer (1984), em que a mulher necessita de certo tempo para adaptar-se à idéia do parto, como fato que está iniciando, podendo acontecer a negação neste período.

A mesma autora refere ainda que no momento da internação, o parto torna-se um fato concreto, irreversível, levando à outra manifestação de ansiedade.



Existem duas situações que podem exacerbar a crise: o toque vaginal e o enema, este precedido pela tricotomia.

Kitzinger apud Maldonado (1999), relata que várias mulheres que sentem medo em não ter passagem para o bebê apresentam dificuldade na relação sexual; há também o medo da episiotomia, gerado pelo desconforto da ardência e receio de retorno à atividade sexual e de sentir dor.

Quando internada, a mulher começa a sentir a sensação de ser cuidada e protegida. (Soifer, 1984).

Durante o trabalho de parto, a percepção de um estímulo evacuativo anal produz confusão no sentido de pensar se é o parto que está realmente acontecendo ou simplesmente uma defecação. (ibid, 1984).

Percebe-se que além do estado de excitação, com gritos e gestos, a mulher pode sofrer fenômenos de delírio. Entre os sintomas somáticos estão a eclâmpsia e as acelerações das contrações uterinas. (ibid, 1984).

A chegada à sala de parto pode provocar outra crise de ansiedade, sendo esta breve e geralmente ligada à sensação de um sonho que se torna realidade. Porém, teme que ainda seja um sonho e também sente medo relacionado ao transcorrer do parto. Os puxos despertam fantasias e ansiedades. (ibid, 1984).

Diversos autores coincidem com a opinião de que a razão da ansiedade é o trauma do nascimento e da separação. Importante lembrar que todos que rodeiam a mulher, principalmente o marido/acompanhante, participam desta ansiedade, porém em menor grau. (ibid, 1984).

O simbolismo da separação e do corte do cordão umbilical envolve o significado da solidão. Maldonado (1996 p.104-105) afirma que “num nível mais profundo, o medo do parto pode representar a situação de a mulher sentir-se sozinha.”

Soifer (1984), salienta que quando a mulher vê seu filho e segura-o nos braços, volta a si e recobra a identidade perdida no estado de confusão, eliminando-as. O primeiro contato deve ser longo, deixando o bebê na sala de parto junto à mãe de forma a ajudá-la a resolver a confusão e tolerar a expulsão da placenta e a sutura, dando tempo para o estabelecimento da higiene mental da lactação e do puerpério. A mãe deverá ser auxiliada para a colocação do recém-nascido no peito.

A autora destaca ainda, que desta vez a mãe terá que passar por um novo processo de adaptação, e ela deve retornar à situação comum de não gravidez, em meio a sentimentos de perda e de medo do desconhecido. A presença do marido/acompanhante é be-

néfica, pois confere um sentimento de proteção, diminuindo as ansiedades, confusão e perda de identidade da mulher.

### **3.8 Aspectos Psicológicos dos Principais Tipos de Parto**

#### **3.8.1 Parto Preparado**

O termo “parto preparado” é a atual denominação do “parto sem dor”. Do ponto de vista obstétrico apresenta várias vantagens como a redução do tempo do trabalho de parto, menor incidência de complicações durante o parto, de intervenções cirúrgicas e de manobras de reanimação do recém-nascido. Do ponto de vista psicológico tem vantagem por dispensar o uso de anestesia no período expulsivo, permite à parturiente vivenciar intensamente as emoções do parto, com a sensação de ter participado ativamente durante todo o processo. O método psicoprofilático é o mais utilizado na preparação para o parto. Este método consiste em reduzir o medo através de informações corretas sobre as transformações físicas da gravidez e parto, diminuir a tensão muscular por meio do ensino, do relaxamento e da redução do medo e pelo ensino os exercícios respiratórios entre outros. O movimento de preparação para o parto e para a maternidade tem como um dos objetivos básicos “humanizar” o processo do nascimento, atualmente tão mecanizado e dissociado do seu contexto emocional. (Maldonado, 1988).

#### **3.8.2 Parto sob Anestesia**

Envolve vários graus de analgesia e anestesia. Segundo Langer apud Maldonado (1988, p. 56) “observou que, no parto sob narcose, é mais freqüente a sensação de estranheza e indiferença diante do filho que é trazido para a mãe horas após o nascimento, em geral, retarda o aparecimento do sentimento materno. A observação clínica freqüentemente mostra que as mulheres, que tiveram filho com e sem participação, sentem-se mais ligadas os filhos viram nascer”. Além disso as mulheres que receberam anestesia do tipo peridural e raquidiana sentem sensações estranhas, por sentirem apenas a porção superior



do corpo, e também sentem medo durante a introdução da agulha anestésica “na espinha”, associada ao temor de ficarem paralíticas.

### **3.8.3 Parto Cesáreo**

Muitas mulheres, durante a vivência do parto cesáreo, acham frustrante a falta de participação ativa, no nascimento do filho.

Recentemente, pesquisas mostram que o parto cesáreo nem sempre é melhor para o bebê. Segundo Montagu apud Maldonado (1988, p. 57) “o parto vaginal é essencial para a estimulação cutânea, tão fundamental ao desenvolvimento físico e emocional do bebê. A função do parto vaginal é preparar o organismo do recém-nascido para funcionar melhor através da estimulação cutânea maciça no corpo feto, provocadas pelas contrações uterinas, durante o trabalho de parto”.

Através de vários estudos, comparando bebês nascidos de parto normal e cesáreo, alguns autores concluíram que há uma série de desvantagens nos bebês nascidos de parto cesáreo, tais como apresentação de distúrbios da fala, maiores incidências de fobias escolares, e de apresentarem comportamento inquieto.

### **3.8.4 Parto Vertical**

Nas sociedades primitivas e em tribos indígenas, a grande maioria das parturientes utilizavam posições verticais para a parturição, como, de pé de joelho ou de cócoras.

Estudos atuais destacam cientificamente as vantagens que o parto vertical traz para a mulher e para o bebê, com o objetivo de modificar os padrões vigentes de assistência ao parto, onde há um predomínio do excesso de intervenções que acabam interferindo na evolução natural do trabalho de parto e parto.

Para Caldeyro-Barcia apud Maldonado (1988), a assistência adequada ao parto normal consiste em uma atitude de observar atentamente a evolução do parto, sem interferir com a sua fisiologia, nem com a dinâmica familiar; incentiva a participação ativa da mulher e do homem no nascimento do filho, dando à mulher a possibilidade dela escolher ser ou não anestesiada, de decidir quem vai acompanhá-la e escolher a posição mais cômoda para dar à luz, além de realizar espontaneamente os puxos.

Além de permitir um contato mais ativo entre mãe e bebê, logo após o nascimento, a posição vertical, quando é realizada num contexto de confiança e acolhimento, possibilita a vivência do parto de um modo mais tranquilo e muitas distócias do parto derivadas de tensão, ansiedade e atendimento apressado ou excessivamente intervencionista não ocorrem.

O prazer e alívio são sensações vividas por algumas mulheres durante a passagem do bebê pelo canal do parto e final do período expulsivo.

### 3.9 Puerpério

Segundo Rezende (1998) é o período cronologicamente variável, de âmbito impreciso, durante o qual acontecem todas as manifestações involutivas e de recuperação da genitália. Inicia-se logo após o parto e termina quando as modificações locais retornam as condições normais. Com relação ao tempo de duração normal do puerpério, alguns autores, como Rezende seguem Vokaer, admitindo o período de 6 a 8 semanas após o parto.

No puerpério, adaptações fisiológicas e comportamentais complexas ocorrem nas mulheres e estão caracterizadas de acordo com Silver e Smith, Burroughs apud Santos (1999):

- regressão das modificações anátomo-fisiológicas que se produzem durante a gestação e o parto, também denominadas fenômenos involutivos;
- pelo estabelecimento da lactação, denominado fenômeno progressivo;
- adaptação psicológica da mãe-filho e familiares.

O determinismo biológico do pós parto é comandado por duas funções bem distintas, denominadas de crise e recuperação genital. A crise genital caracteriza-se pela involução da musculatura uterina e da mucosa vaginal e a recuperação, por processos regenerativos das mucosas, uterina e vaginal segundo Rezende (1998). Tais alterações, não conseguem reconstituir completamente o organismo materno, deixando algumas seqüelas irreversíveis, de acordo com Santos (1999), tais como:

- destruição dos remanescentes do hímem;
- alterações morfológicas do orifício externo do colo uterino;
- soluções de continuidade diversas do canal vaginal;
- estrias gravídicas;



- relaxamento da musculatura abdominal e perineal.

O puerpério pode ser dividido em três períodos distintos:

- **puerpério imediato** (do 1° ao 10° dia pós-parto): prevalecem os fenômenos catabólicos e involutivos das estruturas hipertrofiadas ou hiperplasiadas na gestação, bem como as alterações gerais referentes à regressão das modificações determinadas pela gestação.
- **puerpério tardio** (do 10° ao 45° dia pós-parto): é o período de transição entre a crise e a recuperação genital.
- **puerpério remoto** (além do 45° dia): é um período de duração imprecisa, estendendo-se até a completa recuperação das alterações ocasionadas pela gestação e parto e o retorno do ciclo menstrual e ovulatório normal. Nas mulheres que não amamentam é breve e nas lactantes este período poderá ser maior conforme a duração da lactação. (SANTOS, 1999)



Fonte: Revista Vou Ser Mãe, 2000.

Assistência de enfermagem no puerpério imediato conforme Santos (1999)

- verificar sinais vitais de 6/6 horas;
- observar estado das mucosas e hidratação, estimular ingesta hídrica nas primeiras 48 horas;

- encorajar a deambulação precoce (6 horas para parto vaginal e 12 horas para a cesariana);
- verificar a altura do fundo uterino, observando sua consistência e sua localização, bem como as características da incisão operatória quando o parto for cesáreo;
- inspecionar diariamente o períneo e o estado dos genitais externos: condições de higiene, cicatrização da episiotomia/laceração, presença de edema, hematoma e sinais de inflamação;
- observar continuamente e registrar lóquios: cor, odor, quantidade e aspecto;
- fazer e/ou orientar para higiene vulvar e perineal com água corrente várias vezes ao dia, após as micções e evacuações;
- avaliar continuamente o estado das mamas e mamilos: consistência, temperatura, sinais de apojadura, engurgitamento e outros;
- controlar micção e características da urina;
- controlar e registrar diariamente a função intestinal e suas características;
- observar continuamente os membros inferiores, atentando para os sinais precoces de trombozes e flebites;
- avaliar o estado emocional da mãe e aceitação da maternidade, procurando identificar o nível de interação com o recém-nascido e de integração familiar;
- identificar o nível de conhecimento da puérpera em relação aos cuidados com o recém-nascido.

### **3.10 Uma Visão Cultural do Processo de Parir**

Para Madureira, apud Santos (1999), a enfermeira raramente procura saber o que a clientela conhece, como ela enfrenta as situações de cuidado e por quem ela quer ser cuidada, impedindo que o saber popular da clientela seja colocado em prática. Através de pesquisa bibliográfica e a revisão de alguns Trabalhos de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem realizados na Universidade Federal de Santa Catarina, abordaremos alguns aspectos culturais e apresentaremos como outros autores prestaram cuidado, utilizando a teoria de Madeleine Leininger. Na pesquisa bibliográfica, encontramos muitas

crenças relacionadas à gestação, ao puerpério e cuidados com o recém-nascido, porém, o mesmo não ocorreu no que se refere ao processo de parir.

### 3.10.1 A Cultura no Ciclo Gravídico-Puerperal

*“Zona perigosa, as mulheres falam desta boa ou má hora, em que algo se passa e foge às palavras: zona de paixão, de drama, onde os imaginários que nos habitam voltam insistentemente. Tudo isso diz o corpo em transformação” (Borges, 1989, p.59)*

Segundo Leininger (1985, p. 261) “a cultura refere-se aos valores, crenças, normas e modos de vida praticados, que foram aprendidos, compartilhados e transmitidos por grupos particulares que guiam pensamentos, decisões e ações, de formas padronizadas.”

Para Rodrigues (1983, p. 11) “a cultura, distintivo das sociedades humanas, é como um mapa que orienta o comportamento dos indivíduos em sua vida social.” Os indivíduos que fazem parte de uma sociedade, vivem sob o domínio dessa lógica e as pessoas se comportam de acordo com esta, muitas vezes sem que disso tenham consciência.

Sarti (1996), afirma que a cultura representa um componente simbólico da ação humana, como categoria exclusiva do ser social. Para se entender o significado dos fenômenos que expressam os valores, normas e idéias que dão sentido às experiências vividas pelos homens, é necessário vê-los em sua relação com as estruturas de dominação da sociedade, em que estes se encontram.

Sabe-se que cada sociedade elege um certo número de atributos que apontam como as pessoas devem ser, tanto do ponto de vista intelectual ou moral quanto físico. É claro que há alguns comportamentos que estarão presentes em todos os seres humanos, independentes da formação específica que cada um tenha tido. Conforme Rodrigues (1983), há um conjunto de “motivações orgânicas” que direcionam os indivíduos a determinados tipos de atuação comportamental. Para cada uma dessas motivações biológicas a cultura atribui um significado especial, sob a qual assumirá determinadas atitudes e desprezará outras. Portanto, a cultura também dita normas sobre o corpo humano, como por exemplo, a menstruação, a gravidez, o parto.

Para Vaitsman (1989) a condição procriadora da mulher é entendida e elaborada de diferentes formas em diferentes sociedades. As mulheres, além de serem as reprodu-

toras biológicas da força de trabalho, costumam ser as responsáveis pela sua reprodução social, mas isso pode variar de uma sociedade para outra. Nas sociedades agrícolas, quanto maior o número de pessoas para trabalhar, maior a riqueza que pode ser acumulada, portanto, ter mulheres significa ter muitos filhos, maior produção e maior excedente acumulado.

O corpo da mulher, para Borges (1989), é cheio de humores e de alterações súbitas, e excessivas, “um corpo de paixões”, por isso, dificilmente controlável. Para algumas sociedades, a saúde depende do equilíbrio entre estes humores e o excesso, o desequilíbrio, passa a ser considerado algo anormal, doente, que é necessário pôr para fora. O corpo da mulher foge a esta regra; nele há sangue que circula em grande quantidade ou que falta, vem todos os meses, leite que falta ou que é em excesso e sobe à cabeça provocando delírios e imaginações. A menstruação estabelece uma ordem no corpo da mulher, eliminando sangue em excesso, sem o qual poderá ficar doente. A gravidez, como falta dessa regra, é submetida a várias outras que determinam a formação daquele corpo que a habita.

Tudo o que rodeia a concepção e a gravidez passa a ser visto como influente no corpo da criança. Deste modo surgem as privações do que a mulher deve ou não fazer durante a gravidez, pois estes corpos (o da mãe e o da criança) estão tão ligados entre si, que o corpo da criança não pode ser visto como autônomo. Em muitas culturas acredita-se que comportamento da mãe (sua alimentação, atividade física, uso de bebida) podem afetar a fisiologia da reprodução e causar danos ao feto, então todos os atos, pensamentos, desejos e sentimentos da mãe neste período poderão materializar-se sob a forma de marcas ou sinais no corpo da criança. As noções culturais da fisiologia da gravidez são freqüentemente evocadas após o nascimento da criança a fim de explicar um resultado indesejado. (Borges, 1989, Helman, 1994).

Segundo Helman (1994), em um estudo em Michigan, constatou-se que 90% das mulheres achavam que as gestantes deveriam modificar seus hábitos alimentares, 38% acreditavam que os “desejos” não realizados poderiam “marcar” a criança para sempre. Por exemplo, se uma mulher queria comer galinha e seu desejo não fôra realizado, sua criança poderia nascer com cara de galinha; ou, se uma mulher comeu muita cereja ou morango durante a gravidez seu bebê poderia nascer com manchas vermelhas. Em outro estudo, foi verificado que 77% das gestantes acreditavam que o feto pudesse ser atingido pelos fortes estados emocionais da mãe, punição divina por lapsos comportamentais, pelo “poder da natureza” ou por más intenções de terceiros. As mexicanas acreditavam que dormir ou descansar demais pudesse prejudicar o bebê, por “grudá-lo ao útero”. Se a mulher grávida

visse algo que a assustasse, como um gato ou um peixe, a criança poderia nascer parecida com aquele ser. Fazer piada de uma criança retardada ou aleijada durante a gravidez poderia ter como resultado uma imposição divina de um mal semelhante para o seu bebê. Nas mulheres latino-americanas, percebeu-se outro fato importante, o uso de alimentos frios e quentes para manter o seu equilíbrio interno. Há mulheres que admitiram ter ingerido amido, argila ou sujeira na gestação, pois de acordo com uma delas, estes elementos agem como “uma escova de limpeza por dentro dos órgãos”.

Conforme Rodrigues (1983) cada cultura exerce práticas particulares, como, por exemplo, no Norte da Nigéria, a família deve ter consigo a placenta e todo o sangue perdido durante o parto, às vezes para queimá-lo e impedir práticas mágicas contra a parturiente e seu filho. Em contrapartida, Odent (1981) relata que o desinteresse pela placenta está diretamente ligado à posição do parto, sentada em uma cadeira ou deitada, pois, quando esta posição muda para agachada, a placenta é espontaneamente observada, interrogada e citada. Em nossa prática assistencial percebemos um desinteresse quase que generalizado por parte das mulheres em ver e conhecer a placenta, porém, quando estimuladas a saber sobre a mesma, todas prestavam atenção e demonstravam interesse.

No Japão os nascimentos são tão reservados quanto as relações sexuais, estando as mulheres proibidas de gritar durante o trabalho de parto. Algumas vezes, as mulheres ficam sujeitas a determinadas precauções, devendo ficar de resguardo, enquanto em outras sociedades, ambos ou apenas o pai, deve fazê-lo. (Rodrigues, 1983).

Mac Cormack (apud, Helman 1994) afirma que o cordão umbilical é geralmente cortado após a expulsão da placenta e não antes como é feito na prática obstétrica ocidental. Em algumas regiões, é costume esfregar estrume no umbigo do bebê para interromper o sangramento.

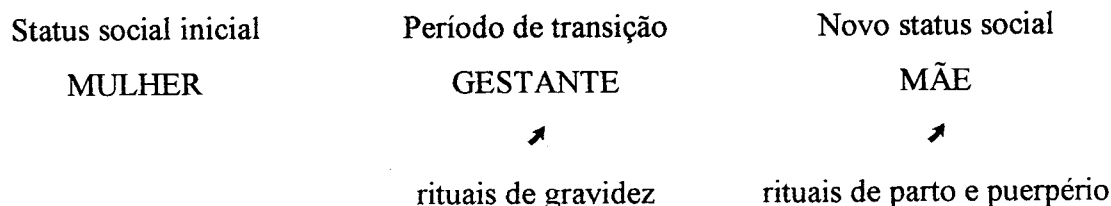
Cada cultura tem uma maneira de resolver o problema das modificações da natureza feminina. As culturas ocidentais, exaltam no plano ideológico, a maternidade como um acontecimento sublime e ao mesmo tempo, submetem à nível psíquico à mulher à tortura de desejos, enjôos, etc. O enjôo matinal da gravidez, em muitas culturas, é desconhecido, supondo-se, portanto, ser uma manifestação cultural típica de uma sociedade. Tudo que envolve a gravidez e o parto é extremamente ritualizado. O parto requer uma visão especial, pois para muitas sociedades a mulher é colocada em um estado de impureza (Rodrigues, 1983).

Em muitas culturas, vários homens, sentem-se profundamente envolvido com o nascimento de seus filhos, sendo estes reconhecidos através de uma série de rituais realiza-

dos pelo homem. Grande parte das modernas culturas ocidentais de classe média, o marido desempenha geralmente o papel de espectador ansioso no nascimento do filho. A maioria das culturas humanas exclui os homens da cena do parto em contraposição a outras, como os esquimós e africanos, onde a presença do pai é quase sempre que funcional. No mundo ocidental moderno, devido ao movimento feminista e à tendência ao parto natural, os homens tendem a se envolver mais com a gravidez de suas parceiras, estando presentes muitas vezes no momento do parto (Helman, 1994).

“Todas as culturas possuem crenças acerca da vulnerabilidade da mãe e do feto durante a gravidez” (Helman, 1994, pag.41).

Os antropólogos defendem a idéia de que a grávida encontra-se em um estado de vulnerabilidade e ambigüidade social. “Em todas as sociedades humanas, a gravidez e o nascimento significam mais do que simples eventos biológicos. São integrantes também da importante transição do status social de “mulher” para o de “mãe” ” (Helman, 1994 p.157). Para marcar este estado de transição e para proteger a mãe e feto, surgem os rituais e tabus.



(Fonte: Helman, 1994)

O mesmo autor relata que o período de transição, é um estado intermediário entre os dois outros status. Em algumas sociedades, as gestantes se privam de atividades sociais, vivem à parte e estão sujeitas a determinados tabus quanto à alimentação, vestuário e comportamento. Na gravidez, o ritual atenua a ansiedade, ou desconforto, associado ao estado vulnerável de transição. Standing (apud Helman, 1994), observa que a adesão a rituais e tabus, proporcionam uma espécie de segurança de que se fez todo o possível para minimizar esses riscos. Porém, alguns rituais servem para atenuar sentimentos de culpa e responsabilidade. Por exemplo, o nascimento de um bebê deformado pode ser atribuído à um feitiço realizado por desconhecidos.

Odent (1981), ressalta que cada vez mais e com maior frequência a gravidez é vivida como doença. A programação de um nascimento, antes mesmo da sua concepção, supõe a intervenção da instituição médica. De acordo com este autor, após a concepção, a



gravidez é conhecida, programada, publicada e inscrita dentro da linguagem médica. Todos recorrem ao médico quando estão doentes, é o que está inserido em um contexto hospitalar ou de uma clínica. A gravidez é uma ocasião onde, assiduamente, se deve visitar o médico. Cada consulta é um risco, para saber detalhes da saúde da mulher e do bebê. Na gravidez também se lêem livros e guias onde, as mais variadas informações, pode-se encontrar os riscos para a mulher grávida, feto e recém-nascido. E para terminar a gravidez, acontece o parto dentro de uma sala que se parece muito com uma sala cirúrgica. Ele defende a idéia de que quanto mais a gravidez é vivida como doença, mais ela é, em si, causa de doença.

De acordo com Helman (1994) os antropólogos descreveram que, na moderna classe média européia e americana, a gravidez e o parto são vistos como condições médicas e, portanto, indicadas para diagnóstico e tratamento médico.

Em decorrência do crescimento da obstetrícia hospitalar, a cultura do nascimento ocidental tem sido criticada por muitas mulheres em dois aspectos:

- 1) a ênfase exagerada sobre os aspectos fisiológicos, relegando, a segundo plano, os aspectos psicossociais da gravidez e do parto,
- 2) a tendência de medicalizar um evento biológico normal, a grávida passa a ser vista como uma “paciente” passiva e dependente.
- 3) Segundo Helman (1994, p. 155) “no pensamento de alguns obstetras, o parto é reduzido a um mero problema técnico de retirada de um objeto vivo (o bebê) de dentro de um tubo (o útero) por intermédio de outro tubo (o canal vaginal) para as mãos do médico”.

As técnicas obstétricas, para Rodrigues (1983), variam segundo as culturas. Em algumas sociedades as mulheres dão à luz em pé. Mac Cornack (apud Helman 1994) afirma que em diversas partes do mundo, como na América Latina, Índia e África Ocidental e outros, as mulheres ficam de pé, de cócoras ou sentadas, apoiadas em algum objeto ou alguém, nos últimos estágios do trabalho de parto.

Odent (1981) ressalta que certas mulheres, em seu estudo, sentem-se mais à vontade e seguras, dentro de um ambiente hospitalar, perto de máquinas eletrônicas misteriosas, com os membros inferiores sustentados por barras e uma posição que acentua a dependência dos profissionais. Outras preferem uma sala clássica, em um local familiar, onde nasceram os bebês precedentes.

Antigamente, as parteiras eram as únicas que conheciam o corpo das mulheres e estas não admitiam o olhar dos homens e, o médico, passa, em outro tempo a ditar leis,

modos de fazer, de como deve se desenrolar. Farge (apud Borges, 1989), relata, no seu trabalho, sobre o parto e o imaginário feminino que, cientificamente, o saber das parteiras mostrava imensas falhas, mas que, houve algo que o saber médico não percebeu, a maneira individualizada e social que estas tinham de permitir o grito das parturientes como uma das formas da mulher poder “viajar” no seu imaginário, nesse corpo a corpo de morte e renascimento que é o dar à luz.

Helman (1994) afirma que em todas as culturas as gestantes são assistidas durante o trabalho de parto por uma ou mais pessoas, sendo estas parentes ou amigas do sexo feminino, parteiras ou assistentes tradicionais de parto ou obstetra. E em muitas culturas uma mulher, que já passou por várias gestações, pode aconselhar uma mulher mais jovem na primeira gravidez. Rodrigues, 1983 relata que algumas técnicas culturais de parto incluem também a presença de outra pessoa (médicos, parteiras, curandeiros, parentes, etc.) enquanto outras técnicas são exercidas solitariamente pela parturiente.

Em outro momento, este autor afirma que para alguns grupos, o parto é um momento de dramática dor e sofrimento físico; para outros, a dor física não se inclui no problema.

Odent (1981) diz que o meio cultural é capaz de exercer uma ação profunda, a longo prazo, de excitação ou inibição, no que diz respeito ao fenômeno da dor. O meio cultural age sobre a dor, dando-lhe um sentido. É assim que o parto pode ser menos doloroso, às vezes indolor mesmo.

Durante nossa vivência, observamos que a dor é sentida por cada pessoa, diferentemente e que ela pode ser expressada de diversas formas, como o grito, o choro, o desespero, a agitação, entre outros.

Odent (1981) relata, que em sua viagem à China, a acupuntura não era constantemente utilizada em obstetrícia, salvo na cesariana. Frente a perguntas sobre o parto, por via vaginal, recebeu a resposta de que o parto por vias “naturais”, sendo um ato “natural”, não tinha necessidade de ser acompanhado por tratamentos. Quanto à posição de parir, bastaram três séculos para fazer do parto deitado, uma característica cultural, afirma o autor. Frequentemente as parturientes se ajoelham e durante as contrações inclinam-se para frente. Para os obstetras, esta posição corresponderia ao fenômeno de rotação na bacia da mãe. A posição ajoelhada precede constantemente outra posição; sentada, de pé ou deitada. A alternância de posições é perfeitamente explicável, quando lembramos que a travessia do filão genital é assimétrica. Porém, sabe-se que cada cultura tende a privilegiar uma posição e transmiti-la de geração a geração.

Conforme Odent (1981, p. 16) “as raízes mais superficiais são as culturais. O parto espontâneo de uma mulher, completamente separada de seu meio cultural, é sempre difícil, senão impossível.”

As crenças que permeiam a gravidez, parto e puerpério estão intimamente ligadas à cultura de uma sociedade e elas são transmitidas de geração a geração.

Percebemos, através da nossa prática e revisão de literatura, que as crenças que acompanham o processo de parir, não aparecem tanto quanto as da gravidez, do puerpério e cuidados com o bebê. Durante esse processo, as parturientes ficam mais quietas, necessitando de um cuidado onde se deve privilegiar a comunicação pelo tato, através de relaxamentos, oferecer apoio e reduzir as trocas verbais, cuidado, este, preconizado por nós.

### 3.10.2 O Cuidado Cultural na Enfermagem

Objetivando um avanço qualitativo para o cuidado no processo de parir, embasado na Teoria de Madeleine Leininger, pesquisamos alguns Trabalhos de Conclusão de Curso e em Santos (1999). Certos estudos utilizaram este referencial teórico e alguns utilizaram outro referencial com Leininger em sua base. Faremos alguns comentários sobre esses estudos. Todavia, os que não utilizaram o referencial de Leininger, não serão tão aprofundados.

O trabalho de graduação de Bernardino et al (1996) intitulado “**O Cuidado no Processo de Parir/Nascer Para um Viver Saudável**” utilizou a Teoria de Leininger. O mesmo, foi realizado na maternidade do Hospital Universitário da UFSC, em Florianópolis. Utilizaram o “Cuidado Holístico-Ecológico” de Patrício (1993) como referencial teórico, que possui várias teóricas, em sua base, sendo Leininger uma delas. Este estudo destaca a importância do pai no processo parir/nascer, sendo a visão do mesmo, a de cuidador, na relação pai/filho. Não foram evidenciadas questões culturais que pudessem contribuir para o nosso estudo.

O trabalho de Beirão (1996) intitulado “**Uma Prática de Cuidar Participante no Processo de Parir/Nascer em Recém-Nascidos Pré-Termo: Contribuindo para a qualidade de vida**” foi realizado na maternidade do Hospital Universitário da UFSC, em Florianópolis. A autora utilizou o Cuidado Holístico-Ecológico da Patrício (1993) como referencial teórico. O estudo foi desenvolvido no alojamento conjunto, com puérperas e

seus recém-nascidos pré-termos. Não houve aprofundamento sobre o processo de parir no centro obstétrico.

O trabalho de Minati et al, intitulado **“O Processo de Parir: Uma Experiência Assistencial do Cuidado de Enfermagem Baseado na Teoria Transcultural de Madeleine Leininger”** foi realizado na maternidade Carmela Dutra, em Florianópolis. Este estudo focalizou o processo de parir no centro obstétrico, onde foram atendidas parturientes e familiares, sendo que enfatizaram a presença do pai como acompanhante. As autoras elaboraram um roteiro e realizaram observação participante para o diagnóstico de enfermagem, buscando através destes as crenças, costumes, valores e padrões de comportamento, obtendo, através deste instrumento, a cultura, na qual a clientela está inserida. Trabalharam também com a forma de atuação proposta por Leininger (1995), a manutenção, adaptação e a repadronização. Ressaltaram que, para que haja repadronização, é necessário um maior tempo junto à parturiente, o que não foi possível às autoras. Durante a avaliação do objetivo das formas de atuação propostas por Leininger, as autoras consideraram o objetivo alcançado, mas se conscientizaram de que não conseguiram saber se houve incorporação por parte da clientela, devido ao pouco tempo que tiveram. As autoras destacam que há questionamentos, a respeito da aplicabilidade prática da teoria Transcultural, mas conseguiram aplicá-la, embora tivessem encontrado uma certa limitação de tempo, para a repadronização dos padrões comportamentais. Em relação à presença do pai como acompanhante durante o processo de parir, ressaltam que traz a ambos um momento mais tranquilo e seguro.

O trabalho de Santos et al (1997) intitulado **“Vivenciando o Processo de Nascimento: cuidando do recém-nascido, puérpera e sua família, inseridos num contexto cultural”** foi realizado no alojamento conjunto da maternidade do Hospital Universitário da UFSC, em Florianópolis e no domicílio com a puérpera, recém-nascido e a família. Neste estudo, as autoras utilizaram, como referencial teórico, a Teoria Transcultural de Madeleine Leininger. As mesmas não enfocam o processo de parir no centro obstétrico, ressaltam que o vínculo entre os pais e os recém-nascidos não nasce pronto, é construído desde o pré-natal. Concluem que a maioria das crenças e valores da clientela é ignorada pela instituição, e que a família interfere junto à mulher, quando esta quer seguir as orientações hospitalares, com toda sua bagagem cultural. Ressaltam que as condutas, para acomodar e repadronizar, foram as orientações, conversas, apoio, reforço de orientações, ênfase nos cuidados, oferecimento de novos conhecimentos, esclarecimentos, entre outros. Apresentaram dificuldade em repadronizar alguns cuidados, principalmente pela forte in-

fluência cultural familiar, pois, puderam perceber que, em algumas situações no domicílio, as famílias adotaram atitudes contrárias às orientações recebidas pelo cuidado profissional.

O trabalho de Maestri e Liz (1998) intitulado **“Acompanhando a Mulher-Mãe em seu processo de maternidade: vivenciando o cuidado cultural”** foi realizado na comunidade do Ribeirão da Ilha, em Florianópolis. Não encontramos, neste estudo, aprofundamentos a respeito do parto. As autoras deram maior ênfase para as crenças e valores do pré-natal e puerpério. Trabalharam com a mulher-mãe, em seu processo de maternidade, sob o enfoque do cuidado cultural. É importante destacar uma de suas conclusões de que há ainda um espaço a ser preenchido, no que se refere à assistência, entre o período de alta hospitalar e a primeira consulta puerperal, pois a mulher sente falta de um cuidado profissional neste período. Percebe-se, com relação às formas de atuação, propostas por Leininger (1995), que foram aprofundadas e registradas, de forma acessível a se compreender o processo utilizado.

O estudo de Gonçalves e Franzon (1997) intitulado **“Do Hospital ao Domicílio: cuidando do Binômio mãe-filho, na iniciação do rito de passagem do Nascimento”** foi embasado na teoria de Leininger e também teve, como sustentação, a dissertação de mestrado de Monticelli (1994), que trabalhou o nascimento como rito de passagem. As autoras acompanharam a mulher no centro obstétrico, uma vez que procuravam maior interação. Utilizaram um roteiro adaptado de Minati et al (1997), para levantamento de crenças e valores; sendo que o puerpério e o domicílio se constituíram no foco principal do cuidado. É importante destacar algumas conclusões a que as autoras chegaram: a hospitalização inibe as expressões culturais da cliente, que, por sua vez, transfere a responsabilidade do processo de cuidar à equipe de saúde; que o rito de passagem do nascimento é capaz de sensibilizar, fragilizar, com várias transformações, exigindo muito cuidado, e que o acompanhamento domiciliar é de fundamental importância para apoiar e cuidar do binômio mãe/recém-nascido, no seu contexto sócio-cultural. Em relação às formas de atuação, propostas por Leininger, percebemos que se detêm a descrever situações de preservação, acomodação e a repadronização.

A revisão dos trabalhos de graduação nos proporcionou encontrar situações parecidas, vividas por nós, e outras ainda desconhecidas. Também percebemos que a dificuldade em implementar, na prática, a teoria de Madeleine Leininger, não foi sentida somente por nós, principalmente no que diz respeito à forma de atuação, repadronização, pelo limite de tempo. As crenças envolvidas no processo de parir foram pouco evidenciadas nos tra-

balhos, sendo mais enfatizadas as crenças ligadas ao puerpério e cuidados com o recém-nascido.

### 3.11 Humanização: O Cuidado Diferencial

*“Domínio da Arte,  
mas também domínio de si mesmos,  
em que a sabedoria consiste em dar à mulher  
ajuda moderada e discreta,  
para que a ela sejam devidos os louros  
da vitória,  
e em que o erro consiste em  
deixar-se empolgar e tentar terminar  
o parto em lugar dela.”  
(Leboyer, 1998 p.190)*

Humanizar, segundo Ferreira (1986), significa tornar humano; dar condição humana.

As primeiras tentativas da humanização, na obstetrícia, começaram com a introdução de cursos de psicoprofilaxia para o parto, incentivo à prática do Alojamento Conjunto nas maternidades, retorno das parteiras e conseguinte incentivo do governo à formação das Enfermeiras obstétricas, à construção das casas de parto, entre outros. Em 1993 formou-se um grupo de profissionais de saúde de instituições públicas e ONG’S que integram a Rede pela Humanização do Nascimento (REHUNA) que estão debatendo sobre o nascimento, estimulando iniciativas capazes de possibilitar o nascimento humanizado, resgatando-o como um evento existencial e sócio-cultural.

A primeira atitude humanística é a de compreender o nascimento como um processo e não apenas como um evento, iniciando na concepção, desenvolvendo-se na gravidez culminando no momento do parto, estendendo-se ao puerpério, onde começa uma nova fase de adaptação. (Santos, 1998 ).

Como conceito de **Parto com cuidado humanizado**, entendemos ser o parto, no qual a fisiologia normal é respeitada, os procedimentos e medicamentos são utilizados

de maneira adequada, com liberdade de escolha de posições; a mulher, acompanhante e bebê são o foco da atenção da equipe multidisciplinar, visando sempre a satisfação da clientela. É um processo natural e normal.

Segundo Diniz (1996), no caso da assistência ao parto, a “humanização” parece se referir a um conjunto complexo de dimensões humanas, como a atenção à fisiologia humana, em oposição às condutas tecnicamente irresponsáveis e anti-fisiológicas; ou a atenção às dimensões das relações humanas, sociais, psicológicas, familiares, etc., em oposição à frieza institucional.

“A tecnologia e a humanização podem e devem ser praticadas juntas, reque-rendo utilizar conhecimento tecnológico da melhor forma possível, desde que acompanhado de afetividade, compreensão e amor.”(Santos, 1998, p.47).

Para Climent (1987, apud Santos, 1998) as principais características, que estão de acordo com a tecnologia apropriada, são: a de considerar o processo da gravidez, parto e puerpério como um processo fisiopsicológico normal; colocação da mãe, filho e grupo familiar no centro do processo de atenção; promoção de vínculo precoce entre pais e filhos; educação e participação ativa de ambos os pais; promoção de vínculo satisfatório entre equipe e cliente; liberdade de escolha de posições cômodas e naturais para a mãe, durante o pré-parto e parto; livre escolha de técnicas alternativas; não realização rotineira de manobras e medicamentos e utilização de critérios preventivos. Todos estes requisitos permitem um parto normal, humanizado e personalizado, adequado às características do ser humano, com a individualidade própria de cada um.

Também entendemos que, para atingir um cuidado humanizado no parto, devemos, como profissionais de enfermagem, dispor de paciência, motivação, oferecer apoio moral, afetivo e solidário, respeitar e entender as singularidades de cada indivíduo, respeitar o espaço multiprofissional de cada um, promover a visita às salas de parto, incentivar a presença de um acompanhante escolhido por ela, realizar o cuidado integral e promover o contato precoce, pele a pele, e a amamentação, nos primeiros trinta minutos, após o nascimento do bebê, entre outros.



### 3.11.1 Acompanhante: Uma Presença Essencial



Fonte: Revista Vou ser Mãe, 2000.

A Organização Mundial de Saúde (1996) afirma que as mulheres, em trabalho de parto, devem ser acompanhadas por pessoas em que elas confiam e se sentem seguras: seus parceiros, melhores amigas, “doulas”, ou outros. A OMS refere que se deve respeitar a decisão da mulher, em relação ao companheiro, durante o trabalho de parto e parto, na Categoria A que inclui as práticas que são utilizadas e devem ser encorajadas.

O ciclo vicioso com a tríade dor-medo-tensão impede o processo fisiológico do parto normal, podendo levar a complicações múltiplas. Cientificamente é comprovado que o apoio emocional de um acompanhante é eficaz, para que a parturiente possa suportar esta tríade. (Projeto Luz da JICA, 2000).

Para a mulher, o fato de ser deixada sozinha, durante o trabalho de parto, é assustador e representa uma ameaça ao seu auto-conceito, devendo ser protegida e valorizada em um momento tão intenso de egocentrismo e temor. Neste período de vulnerabilidade, o tipo de atendimento que a mulher recebe é de grande valia, para sua avaliação da experiência vivida (Minati, 1997).

O homem, ao apoiar as costas de sua mulher, realizar massagens, oferecer apoio, enxugar o suor ou, simplesmente, pegar na sua mão, já está contribuindo, de maneira efetiva. É importante preservar e estimular, ainda mais, o vínculo afetivo existente entre o trinômio Pai-Bebê-Mãe, considerando, assim, a magnitude do seu papel neste evento (Minati, 1997).

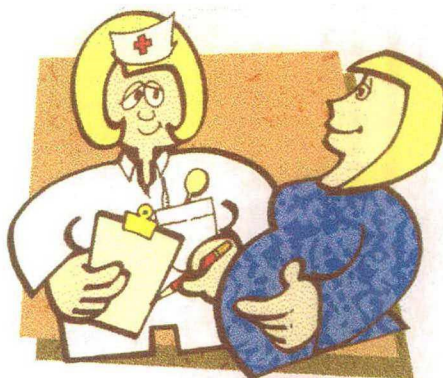
Os homens sentem-se intimamente envolvidos com o nascimento dos seus filhos, apesar da gravidez e do nascimento serem considerados como eventos femininos.



Culturalmente, o envolvimento emocional do homem é reconhecido através de rituais, realizados por ele, durante a gestação, parto e puerpério. Nas modernas culturas ocidentais o homem participa apenas como um espectador ansioso no nascimento do seus filhos e a maioria das culturas humanas o exclui da cena do parto (Helman, 1994).

Gregório et al apud Santos, (1999), em seu trabalho intitulado “Percepções e Sentimentos do Casal Grávido e da Equipe de Saúde, quanto a Presença ou Ausência do Pai no Centro Obstétrico” relataram que a maioria das puérperas sem acompanhante gostariam da presença do companheiro nesse processo, e as parturientes com acompanhantes, consideraram a experiência ótima. Quanto aos homens, estes relataram que terem presenciado o nascimento interferiu no modo de verem a maternidade e o relacionamento pai-filho.

### 3.11.2 Cuidado Humano e Respeitoso



Fonte: Saúde Florianópolis faz a diferença – Programa Capital Criança

Segundo Ferreira apud Zampieri (1997) cuidado significa atenção, preocupação e zelo.

Heidegger (citado por Waldow apud Zampieri 1997) descreve dois tipos de cuidados: o primeiro envolve o fazer pelo, outro desencadeando dependência, e o segundo tipo, cuidado autêntico, que favorece a participação do outro.

O enfoque do cuidado em enfermagem começou em meados de 1970 quando foi elaborada a Teoria do Cuidado Transcultural, por Leininger, e identificado os conceitos do cuidado, definindo o cuidar como “assistir o indivíduo nas suas necessidades biológicas,

psicológicas, socioeconômicas e espirituais, respeitando suas similaridades e diferenças, de acordo com seus valores e crenças” conforme Waldow (apud Zampiere, 1997 p. 281).



Fonte: Saúde Florianópolis faz a diferença – Programa Capital Criança

O cuidado é a essência da enfermagem, através do qual se estabelece uma relação humanística. Para Zagonel apud Santos (1998 p.47 ). “a enfermagem humanística engloba muito mais do que a competência técnica, engloba um modo de relacionar-se, um em favor do outro, seja do enfermeiro/cliente, seja do enfermeiro/médico/membros da equipe. O ser e o fazer estão intimamente relacionados. Esta relação possibilita à Enfermagem a oportunidade para o desenvolvimento do ser humano, torna a existência uma coexistência humana. O processo de relações de poder dissipa-se através das inter-relações tornadas humanísticas.”

A humanização na assistência, bem como assistir, de maneira individualizada, cada parturiente, são formas de oferecer um cuidado respeitoso.

Assistir o cliente de forma integral é uma maneira de respeitar a sua privacidade. Salientamos que, durante toda nossa prática no decorrer do Curso de Graduação em Enfermagem, percebemos que os clientes não se sentem à vontade, com a troca de profissionais para realizar o cuidado, da mesma forma esta característica foi percebida no Centro Obstétrico, principalmente quando se refere a procedimentos como o toque, dinâmica uterina e ausculta fetal. Na prática, durante todo o estágio, assistimos as clientes de forma integral, proporcionado, além de todo o cuidado, apoio e atenção. Percebemos que as outras clientes, que não eram assistidas de maneira integral por um número limitado de profissionais, demonstravam maior insegurança e desconforto, frente aos procedimentos.

Para tanto, o cuidado é troca, doação, suporte e preocupação.

Cianciarullo,(1996) ressalta que “a observação é o primeiro passo para a execução de todos os cuidados de enfermagem. Assim, fica evidente que a habilidade de ob-



servar vai decidir o sucesso ou fracasso do processo cuidativo, pois é a observação que nos dará subsídios para a construção deste processo.”

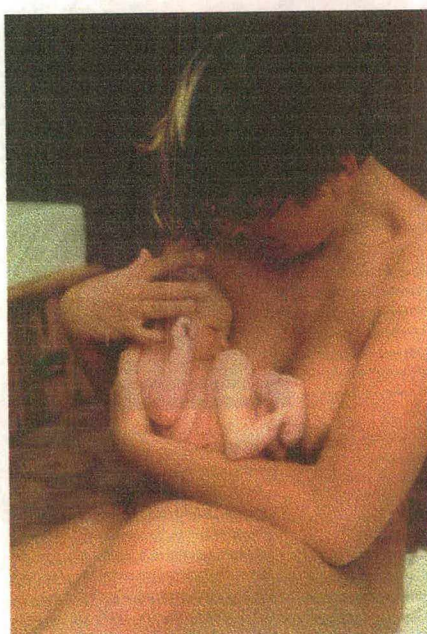
Durante nossa caminhada, utilizamos a observação como a ferramenta principal para guiar nossa prática assistencial.

Entendemos como cuidado humano e respeitoso, durante o processo de parir, se tratar de um conjunto de habilidades do profissional, as quais incluem, a observação, o respeito, a privacidade, a percepção das singularidades de cada pessoa; além de tudo, oferecer apoio e atenção, e esclarecer dúvidas, neste momento único, vivenciado pela parturiente e acompanhante.



Fonte: Saúde Florianópolis faz a diferença – Programa Capital Criança

### 3.11.3 A Interligação e Importância do Contato Pele a Pele e Amamentação Precoce



Fonte: Revista Vou Ser Mãe, 2000.

*“Uma criança: enquanto sai  
deve ser segura pelas axilas, com o dedo médio de cada mão,  
como se fosse “colhida”, como se fosse “aparada”,  
enquanto os dois polegares sustentam a nuca,  
pequena e frágil,  
e depositada sobre o ventre da mãe,  
direto na pele,  
sem pôr entre dois seres tão próximos,  
a rudeza estranha e inútil de um pano,  
um cueiro ou uma gaze, seja o que for.  
O amor porventura não se sente na pele?”  
(Leboyer, 1998 p.133-134)*

O aleitamento materno é uma atividade básica, sendo uma das primeiras intervenções nutricionais, materiais e de saúde infantil, que a própria mãe executa, para assegurar a saúde a seu filho. É natural e apropriado, satisfazendo muitas necessidades da criança em desenvolvimento. O leite humano é capaz de suprir todas as necessidades alimentares da criança, durante os 6 primeiros meses de vida. “As características bioquímicas e imunológicas de espécie especificidade, próprias do leite humano, lhe conferem uma composição ideal e incomparável a qualquer outro tipo de leite: bacteriologicamente é seguro e imunologicamente apresenta fatores de proteção e de defesa contra infecções, principalmente as gastrintestinais” (Forsyth, Goldman apud Santos, 1999p. 104).



Fonte: Folder Amamentar – M.S.

Dentre os benefícios psicológicos da amamentação, estabelece forte relação entre o binômio mãe-filho e favorece o adequado desenvolvimento intelectual, psicossocial

e acuidade visual do lactente. Como vantagem do ponto de vista fisiológico, os fenômenos regressivos do puerpério ocorrem com maior rapidez, há redução dos riscos da mulher desenvolver câncer de mama e engravidar neste período.

O pediatra neo-zelandês Bevan Browne diz “a relação de amamentação é a primeira experiência do bebê, uma experiência na qual ele tem de procurar ativamente a fonte de alimentação e ligar-se a ela. O termo “enraizar”, que descreve os movimentos da cabeça do bebê, de um lado a outro, à procura do mamilo, enfatiza que ele está tentando restabelecer, através da boca, o enraizamento que ele tinha garantido dentro do útero via umbigo” (apud Boodella, 1992 p.59).

A primeira mamada precoce é o momento de evocar todos os órgãos sensoriais, começando pela pele. É necessário que a pele do recém-nascido, e em particular a pele do dorso, seja estimulada, tocada, acariciada, massageada ou apertada, sendo importante lembrar que suas mãos devem estar livres. A primeira mamada só pode acontecer em perfeito conforto térmico, por volta dos 35°C. Essa, também, é importante para evocar o olfato, que é um dos primeiros guias de identificação da mãe. O bebê não encontrará o seio da mãe se não ocorrer a eliminação de todos os outros odores, como o “cheiro de hospital”. Sabe-se que os estímulos olfativos têm relação direta com o sistema límbico, considerado o maior responsável pelo processo de memorização a longo prazo. Muitos são os fatores que podem dificultar, confundir ou reprimir o olfato, a separação da mãe após o nascimento, a passagem à amamentação artificial, a multiplicação dos substitutos da mãe na sala de parto, maternidade e berçário. Quanto à audição, sabe-se que um ambiente com barulhos intensos e descontínuos diminuem as condições favoráveis para uma primeira mamada. A voz da mãe deve se sobrepor pois esta já é conhecida pelos seus ritmos e intonações, tornando-se tranquilizadora. O recém-nascido não deve ser ofuscado, permitindo a abertura dos olhos, de tal forma que somente encontrará o seio na penumbra.

As contribuições da primeira mamada precoce:

- É a melhor prevenção contra as dificuldades de expulsão da placenta. As contrações do útero e a expulsão estão intimamente ligados a um hormônio secretado pela pós-hipófise chamado de ocitocina, que tem sua secreção descontinuada. A secreção do leite é favorecida quando a mãe passa a ver seu filho, tocá-lo e quando o bebê começa a mamar;
- A primeira mamada precoce tem a garantia da absorção imediata e completa do colostro, substância que antecede o leite, rica em anticorpos e sub-

stâncias anti-infecciosas diversas. O colostro, para o recém-nascido, é a única fonte de imunoglobulinas A (Odent, 1981);

- Maldonado (1988) afirma que psicologicamente, teria grande vantagem de reduzir o efeito traumático da separação provocada pelo parto, unindo mãe e filho mais imediatamente.

O colostro é produzido nos primeiros 04 dias depois do parto, possui aspecto fluido amarelado e espesso, que é formado principalmente por exsudato do plasma, células, imunoglobulinas, lactoferrina, soroalbumina, sódio, cloro e uma pequena quantidade de lactose. O volume do colostro é de 2 a 20 ml por mamada nos primeiros dias, sendo esta quantidade suficiente para a alimentação do recém-nascido. Além da IgA, o mesmo possui lactoferrina, grande quantidade de linfócitos e macrófagos que oferecem uma condição protetora ao recém-nascido. (Valdés & cols apud Martinez, 1999). Maldonado, 1996 descreve o colostro como sendo “um concentrado de anticorpos responsáveis pela proteção”. Em 1988 a mesma afirma que o colostro age como laxativo, evitando a diarreia.

A oportunidade de mamar na primeira hora ou logo após o nascimento e o contato precoce pele a pele são ambos importantes. A sucção e o contato são tão intimamente ligados, que muitos estudos utilizam os termos, sem distinção (OMS, 1998).

Widström et al apud OMS (1998) verificaram, em um estudo, que o toque precoce no mamilo e aréola, nos primeiros trinta minutos, pode influenciar, de maneira positiva, a relação mãe/bebê, durante os primeiros dias pós o parto.

Christensson et al apud OMS (1998) constataram que recém-nascidos, que tiveram contato pele a pele, obtiveram temperaturas axilares e de pele, significativamente mais altas, níveis mais altos de glicose no sangue aos noventa minutos, e os bebês choraram menos do que os que permaneceram no berço.

O contato precoce aumenta o aleitamento materno, tanto logo após o parto, quanto aos dois a três meses mais tarde. Um contato tão curto, quanto de quinze a vinte minutos na primeira hora, pode ser benéfico, enquanto até mesmo uma interrupção do contato, por vinte minutos, na primeira hora, pode ser prejudicial, possivelmente devido a uma “dose- resposta” (OMS, 1998).

Boodella (1992) afirma que as vantagens de se colocar o recém-nascido, logo que ele nasce, em contato com a mãe, são inúmeras. Isto pode ser feito antes de cortar o cordão, e diz que a posição barriga-barriga é o lugar mais tranquilo e seguro para o bebê.

Montagu apud Maldonado (1999) relata que a experiência tátil é fundamental para o desenvolvimento do bebê, uma vez que a pele é o órgão sensorial primário. A priva-



ção do contato pele a pele resulta em distúrbios físicos emocionais graves, conforme vários estudos.

Desmond et al apud Maldonado (1999) verificaram, em seu estudo, a presença de um período, na primeira hora após o nascimento, o de alerta, onde o recém-nascido enxerga e orienta a cabeça na direção das vozes das pessoas. Afirmando, portanto, que na primeira hora de vida, fora do útero, o bebê se encontra em condições ideais para estabelecer contato com os pais.

Na discussão sobre “O choro de angústia da separação” do recém-nascido humano, na ausência de contato com o corpo materno, mostrou que durante os primeiros noventa minutos, após o parto, quando os bebês são colocados em contato com as suas mães, praticamente inexistente, e, quando colocados no berço os recém-nascidos choraram praticamente os mesmos noventa minutos; reafirmando, assim, que o local mais adequado para o recém-nascido é o contato com a sua mãe.

“A atitude institucional, que obriga a separar, por várias horas ou dias, o recém-nascido da sua mãe, é totalmente desumana, e, portanto, devemos utilizar todos os argumentos possíveis para que ela seja revertida.” (Cordeiro & Sabatino, 1997p.305). Os mesmos autores afirmam que a conduta de não colocar o bebê em contato, pele a pele, com a mãe, só é válida para os de alto-risco; no caso do bebê nascer em boas condições de saúde, deve ser entregue a mãe. Conforme preconizado pela OMS (1998), mães e bebês não devem ser separados após o nascimento, a não ser que exista uma justificativa médica inevitável.

A amamentação talvez seja o maior exemplo de doação materna consciente. Esta oferecida somente como fonte de suprimento alimentar mostra a interação mãe e filho não estabelecida. A amamentação é o entregar-se orgânico, emocional e espiritualmente, é o passar de si para o filho o alimento, o amor, a alma (Tedesco, 1997).

Salientamos ser de suma importância o papel do profissional de enfermagem nas ações de incentivo do contato precoce pele a pele com a mãe, e de promoção, proteção e apoio ao aleitamento, principalmente quanto ao incentivo e o respeito ao quarto passo para a promoção ao Aleitamento Materno de “ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto”.

*“Pele na pele*

*Olho no olho*

*Sua boca no meu peito...*

*Jorra em ondas o amor.  
Os cinco sentidos satisfeitos.  
Seu apetite saciado  
Você encantado em meus braços  
Você relaxado  
De encontro a mim,  
pronto para adormecer.  
Há que se agradecer a Deus este prazer.”  
(Mühlbauer, 1996 p.8)*



## **4   DESCREVENDO O GUIA (REFERENCIAL TEÓRICO)**

No campo da prática assistencial de enfermagem, o marco conceitual permeou todos os momentos, servindo como referência sobre o que é importante observar, relacionar e planejar nas situações de interações com o cliente, além de proporcionar uma organização para reflexão e interpretação do que está sendo vivenciado (Nitschke apud Monticelli, 1994).

O marco conceitual serve para guiar, orientar, direcionar o processo da prática assistencial de enfermagem, consistindo em um conjunto de crenças, valores e conhecimentos, que guiam o pensar-fazer dos indivíduos. É uma estrutura de inter-relação entre os vários conceitos que o compõem. Neste estudo utilizamos a teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Transcultural de Madeleine Leininger.

### **4.1   Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Transcultural de Madeleine Leininger**

Madeleine Leininger é uma teórica norte-americana, graduada em Enfermagem no ano de 1948, em Denver. Tornou-se bacharel em Ciências em 1950 e em 1965 concluiu o curso de Doutorado em Antropologia (sendo a primeira enfermeira a se doutorar em Antropologia).

Durante os anos 50, Leininger trabalhou em um lar para orientação de crianças e pais, na especialidade de Enfermagem Clínica. No decorrer da realização desse trabalho, Leininger percebeu que as crianças apresentavam algumas diferenças nas suas características comportamentais, atribuindo essas diferenças a um fundo de base cultural. Percebeu, então, que a Enfermagem não possuía conhecimentos suficientes, a respeito da cultura destas crianças, para, assim, poder compreendê-las melhor e desenvolver, de acordo com as suas culturas, as práticas de cuidados de Enfermagem diversificadas, significativas e

eficazes, passando a se dedicar à Enfermagem transcultural, como sub-área da Enfermagem.

Nos anos 60, Leininger começou a relacionar enfermagem e antropologia, e o que as enfermeiras poderiam aprender sobre o cuidado humanizado, saúde e doença, se elas compreendessem as diferenças e semelhanças entre as culturas. Leininger viajou para Nova Guiné e, durante sua viagem, percebeu diferenças na forma em que o cuidado era expresso e conhecido em outras culturas. Deste modo, surge a necessidade de documentar e explicar a diversidade e universalidade do cuidado cultural (Leininger, 1985).

Em 1966 promoveu o seu primeiro curso sobre Enfermagem transcultural. Em 1978 publicou seu primeiro livro “Transcultural Nursing”. Em 1979 definiu etno-enfermagem como “o estudo de crenças, valores e práticas de cuidados de Enfermagem, tal como percebidas e conhecidas cognitivamente por uma determinada cultura, através de sua experiência direta, crenças e sistema de valores”, segundo George, 1993. Em 1985 apresentou seu trabalho como teoria e participou em Florianópolis do primeiro Simpósio Brasileiro de Teorias de Enfermagem. Em 1988 apresentou seus pressupostos e definiu alguns conceitos, sendo estes ainda provisórios. Em 1995 publicou seu livro “Transcultural Nursing: concepts, theories, research and practice”.

O Modelo Sol Nascente (Sunrise), foi desenvolvido para demonstrar as inter-relações dos conceitos da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Transcultural, apresentando quatro níveis de focalização, que vão desde a estrutura cultural e social, passando por indivíduos, famílias, grupos e instituições, em diversos sistemas de saúde, até decisões e ações de cuidado em enfermagem. Estas ações possuem uma base cultural, sendo coerentes com as necessidades e valores dos clientes, e são elas: preservação, adaptação, acomodação e repadronização culturais do cuidado.

#### **4.1.1 Pressupostos de Leininger**

- ☛ “Desde o surgimento da espécie humana, o cuidado tem sido essencial para o crescimento, desenvolvimento e sobrevivência dos seres humanos. cuidado próprio, e outros padrões de cuidado, existem entre as culturas.
- ☛ O cuidado humanizado é universal, existindo diversos padrões de cuidado, que podem ser identificados, explicados e conhecidos entre as culturas.

- ☛ O cuidado humanizado é a característica central dominante e unificadora da enfermagem.
- ☛ Não pode haver cura sem cuidado, mas pode haver cuidado, mesmo sem ser para cura.
- ☛ A razão da existência da enfermagem é que ela é uma profissão de cuidado, com conhecimentos disciplinados sobre o mesmo.
- ☛ O cuidado sob uma perspectiva transcultural é essencial para desenvolver e estabelecer a enfermagem como uma profissão universal.
- ☛ Os componentes do cuidado transcultural, e as características das diferenças e semelhanças, ainda devem ser identificados, descritos e conhecidos, para sua caracterização estrutural e funcional, na enfermagem.
- ☛ Os conceitos e práticas do cuidado do ser humano podem ser identificados em todas as culturas.
- ☛ As práticas de cuidado da saúde, profissionais e populares, são derivadas da cultura, e influenciam as práticas e os sistemas de enfermagem” Leininger (1985, p.264 -265).
- ☛ “Cada cultura humana tem um conhecimento e uma prática profissional de cuidado que varia transculturalmente.
- ☛ As diferenças e similaridades do cuidado cultural entre profissionais da saúde e clientes existem em qualquer cultura do mundo, ocorrendo cuidados culturalmente congruentes, quando os valores, expressões ou padrões dos indivíduos, grupos, famílias, comunidades ou cuidados culturais forem conhecidos e utilizados adequadamente e de maneira significativa na sua prática assistencial pelos enfermeiros.
- ☛ A Enfermagem é uma disciplina de cuidados transculturais humanísticos e uma profissão cujo propósito maior é servir o ser humano.
- ☛ Vários elementos do cuidado variam segundo a universalidade e diversidade da cultura como: apoio, conforto, estimulação, observação, envolvimento, toque, respeito, prevenção, ajuda, amor, confiança e simpatia” (Leininger apud Leopardi, 1999, p.96-97).

### 4.1.2 Pressupostos Pessoais

- ☞ A parturiente é um ser bio-psico-socio-cultural, que traz consigo crenças, valores e conhecimentos próprios, portanto, devendo ser cuidada de maneira holística e cultural.
- ☞ A qualidade individual e isenta de pré-julgamentos do cuidado de enfermagem à parturiente é um direito universal.
- ☞ O processo de parir é um acontecimento natural, influenciado por cada cultura, crenças e valores, vivido de forma única, sendo assistido de maneira individual.
- ☞ O cuidado individualizado e humanizado ocorre quando o conhecimento de cada cultura, valores e crenças são entendidos e respeitados.

### 4.1.3 Conceitos Norteadores do Estudo

Para direcionar nosso estudo, utilizamos conceitos elaborados e baseados em Leininger, em nossas crenças, valores, experiência e também em alguns autores da literatura da área, adaptando-os à situação específica de nossa atuação.

#### 4.1.3.1 Conceitos Gerais

##### **Ser humano**

É universalmente provedor de cuidados, que sobrevive numa diversidade de culturas, por meio de sua capacidade de oferecer universalidade do cuidado, de inúmeras maneiras, de acordo com cultura, necessidades e cenários diferentes (Leininger apud George, 1993).

O nosso estudo enfoca o ser humano como sendo a parturiente, o/a acompanhante, o recém-nascido e a enfermeira ou qualquer outro profissional que esteja envolvido no processo de parir no Centro Obstétrico.

**Parturiente:** mulher-mãe, durante o processo de parir, no qual está passando por mudanças anátomo-fisiológicas e emocionais compreendidas culturalmente de maneiras diferenciadas e que traz consigo inúmeras crenças e valores relacionados com a gravidez, parto, puerpério e amamentação.

**Acompanhante:** pessoa que traz consigo uma bagagem cultural, com visão de mundo, crenças e valores próprios que esteja atuando de forma a dar “apoio, aconchego, suporte, carinho e atenção” à parturiente e ao mesmo tempo envolvido no processo de parir.

**Recém-nascido:** é o mais novo membro que passou pelo processo de parir e que irá fazer parte de uma família com crenças, valores e cultura própria.

**Enfermeiro:** é o profissional, que baseia sua prática assistencial, de acordo com a diversidade e universalidade cultural de cada parturiente, e/ou acompanhante no Centro Obstétrico, buscando atender suas necessidades de cuidado, levando em conta suas crenças, valores culturais para que ocorram cuidados culturalmente congruentes.

### **Ambiente**

Leininger não conceitua meio ambiente/sociedade. Em seu lugar fala a respeito da **visão de mundo, estrutura social e contexto ambiental**.

**“Visão de mundo** “é o modo pelo qual eles vêem o mundo ou seu universo, para formar uma imagem ou estado valorativo sobre suas vidas ou sobre o mundo que os rodeia.”

**Estrutura social** são padrões e aspectos de natureza dinâmica dos fatores organizacionais e estruturais, inter-relacionados de uma cultura em particular, uma sociedade, incluindo valores religiosos, familiares, políticos, e legais, econômicos, tecnológicos, e culturais, o modo como agem e estão inter-relacionados, de forma a influenciar o comportamento humano em diferentes contextos ambientais.

**Contexto ambiental** é definido como sendo a totalidade de um evento, situação ou experiências particulares, que atribuem um sentido às expressões, interpretações e interações sociais humanas, em dimensões físicas, ecológicas, sócio-políticas e culturais.” (Leininger apud Leopardi, 1999, p.97).

Em nosso estudo enfocamos **Ambiente** como sendo o Centro Obstétrico, no qual a parturiente/acompanhante trazem da família e comunidade, uma bagagem de culturas, crenças, visão de mundo e valores próprios.

### Saúde

“É um estado de bem estar, culturalmente definido, avaliado e praticado e que reflete a capacidade que os indivíduos ou grupos possuem, em realizar suas atividades cotidianas, de forma culturalmente satisfatórias” Leininger apud George (1993, p.291).

Em nosso estudo, a saúde será enfocada em relação ao que é ser saudável durante o processo de parir. Neste sentido, **Ser saudável** é entendido como um estado de bem estar, onde o processo de parir é tido como fisiológico, repleto de mudanças, conhecidas e/ou não, que poderão refletir de forma positiva ou negativa, conforme o contexto cultural da parturiente e/ou acompanhante, durante a prestação de cuidados, no Centro Obstétrico.

### Enfermagem

Segundo Leininger, apud Leopardi (1999, p.97) a Enfermagem “é uma profissão científica e humanística, que é apreendida e focalizada no fenômeno do cuidado humano e em atividades que propiciem assistência, suporte, facilitação e capacitação a indivíduos ou grupos, para manter ou reaver o seu bem-estar, de uma forma culturalmente significativa e satisfatória, ou para ajudá-los a enfrentar as dificuldades ou a morte” /

George (1993, p.286), cita ainda o conceito de **Enfermagem Transcultural**, definido por Leininger em 1979 “como sendo um subcampo ou ramo culto da enfermagem, que focaliza o estudo comparativo e análise de culturas, no que diz respeito `a enfermagem e `as práticas de cuidado `a saúde-doença, crenças e valores, buscando a oferta de serviços de cuidado em enfermagem, significativos e eficazes `as pessoas, de acordo com seus valores culturais e contexto saúde-doença”.

Neste estudo, a **Enfermagem** é definida como uma ciência e profissão que deve basear sua prática assistencial, de acordo com a diversidade e universalidade cultural de cada parturiente e/ou acompanhante no Centro Obstétrico, buscando atender às suas

necessidades, de forma a preservar (quando o cuidado não precisa ser modificado), adaptar (quando se acrescenta, ao cuidado já realizado outros cuidados) e/ou repadronizar (quando o cuidado já realizado precisa ser modificado) seus estados de saúde, levando em conta suas crenças, valores culturais e contexto de saúde-doença, para que ocorram cuidados culturalmente congruentes.

#### **4.1.3.2 Conceitos Específicos**

##### **Diversidade Cultural do Cuidado**

“Se refere à variabilidade das ações de assistência, apoio, ou facilitadoras para com outro indivíduo ou grupo, que são decorrentes de uma cultura específica, para melhorar ou amenizar a condição humana de vida” Leininger (1985, p.262).

##### **Universalidade Cultural do Cuidado**

“Se refere aos fenômenos uniformes, ou comumente dirigidos a outro indivíduo ou grupo, que são decorrentes de uma cultura específica, para melhorarem ou amenizarem a condição humana de vida” Leininger (1985, p.262).

##### **Cultura**

“Se refere aos valores, crenças, normas e modos de vida praticados, que foram aprendidos, compartilhados, e transmitidos por grupos particulares que guiam pensamentos, decisões e ações, de forma padronizadas” Leininger (1985, p.261).

Entendemos cultura como sendo os valores, crenças, normas e modos de vida praticados, que foram aprendidos, compartilhados, e transmitidos por grupos particulares, como parturientes, família, amigos, que guiam pensamentos, decisões e ações, de forma padronizadas.

## **Crenças**

É aquilo que se crê; convicção íntima e/ou certeza adquirida, baseada nos valores culturais inseridos no contexto sócio-econômico-político da parturiente e familiar.

## **Valores**

São as normas, princípios ou padrões sociais aceitos ou mantidos pela parturiente/acompanhante, e a classe ou sociedade onde estão inseridos.

## **Cuidado (substantivo)**

“Se refere às atividades da assistência, apoio, ou facilitadoras com outro indivíduo ou grupo, com necessidades evidentes ou previstas, para amenizar ou melhorar a condição humana de vida.” Leininger (1985, p.261).

Referimos cuidado como às atividades da assistência, apoio, ou facilitadoras com parturientes e acompanhantes com necessidades evidentes ou previstas, para amenizar ou melhorar suas condições durante o processo de parir.

## **Cuidar (verbo)**

“Se refere a ações de assistência, apoio, ou facilitadoras para com outro indivíduo com necessidades evidentes ou antecipadas, para amenizar ou melhorar a condição humana de vida” Leininger (1985, p.261).

Para nós, são ações de assistência, apoio, ou facilitadoras com parturientes e acompanhantes, com necessidades evidentes ou antecipadas, para amenizar ou melhorar suas condições durante o processo de parir.



#### 4.1.4 Definição de Termos

**Parto com cuidado humanizado:** é o parto onde a fisiologia normal é respeitada, os procedimentos e medicamentos são utilizados de maneira adequada, com liberdade de escolha de posições, onde a mulher, acompanhante e bebê são o foco da atenção da equipe multidisciplinar, visando sempre a satisfação da cliente. É um processo natural e normal.

**Processo de parir:** É o período onde a mulher/parturiente passa a apresentar sinais e sintomas característicos próprios do fim da gestação, culminando para o papel de mulher/mãe, dotado não somente de mudanças físicas, mas também emocionais, compreendido e vivenciado de maneira única, sendo influenciado pela cultura, crenças e valores de cada cliente.

**Partograma:** instrumento utilizado pela equipe multiprofissional para registrar e avaliar adequadamente as condições fetais intraparto, o progresso da dilatação cervical, a descida da apresentação e a dinâmica uterina, modificações decorrentes, dentro do Centro Obstétrico. (Anexo 1)

**Linguagem não-verbal:** é uma forma de comunicação, a qual envolve todas as manifestações de comportamento não expressas por palavras, como gestos, expressões faciais, corporais, mímicas, a escrita, o ato de tocar e outros meios.

## **5 ESTABELECENDO A ROTA DA VIAGEM ESPACIAL (METODOLOGIA)**

*“Observações e experimentos são realizados no sentido de testar ou lançar luz sobre alguma teoria, e apenas aquelas observações consideradas relevantes devem ser registradas” (CHALMERS, 1999 p. 59).*

Observar, interagir, ouvir, refletir, interpretar, esclarecer dúvidas e confortar foram as ferramentas utilizadas por nós para o transcorrer natural de todo o processo de parir. Estas ferramentas nos serviram de guia para conhecermos a cultura, crenças e valores das clientes e assim proporcionarmos um cuidado cultural, humano e respeitoso, desde que não estivessem interferindo de maneira negativa no processo de parir.

Permanecemos durante todo o transcorrer do trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no Centro Obstétrico juntamente com a parturiente e acompanhante, vivenciando suas emoções e utilizando as ferramentas acima descritas, buscando um atendimento integral e individualizado.

### **5.1 Descrevendo a Nave Espacial (Descrição do Campo de Estágio)**

A prática assistencial foi desenvolvida no Centro Obstétrico da Maternidade do Hospital Universitário (HU), no período de 27 de março de 2000 a 06 de junho de 2000, num total de 220 horas de estágio, que foram realizados durante o período matutino e/ou vespertino, conforme escala da Enfermeira Supervisora. O HU é um hospital escola, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina. Atende exclusivamente pacientes do SUS. A Maternidade do Hospital Universitário foi inaugurada no dia 23 de outubro de

1995, fazendo parte desta unidade: Admissão, Triagem, Centro Obstétrico, Berçário (Neonatologia) e Alojamento Conjunto.

A Maternidade do Hospital Universitário recebeu o título de Hospital Amigo da Criança em 17/12/97. A iniciativa Hospital Amigo da Criança tem por objetivo a **promoção, proteção e apoio** ao aleitamento materno, através da mobilização dos serviços obstétricos e pediátricos de hospitais, mediante a adoção dos **Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno**.

No Brasil ele vem sendo implantado através do Ministério da Saúde e do Grupo de Defesa da Saúde da Criança, com o apoio do UNICEF e OMS/OPAS.

Juntamente com a inauguração da Maternidade do Hospital Universitário, foi criado o CIAM (Central de Incentivo ao Aleitamento Materno) que presta orientações e cuidados às parturientes com relação à amamentação.

A **Triagem da Maternidade** do Hospital Universitário é anexada à Unidade de Internação Ginecológica da mesma instituição. Tem como objetivo atender e admitir a parturiente, afim de promover a assistência no pré-parto, atendendo também a casos de emergências obstétricas.

O **Centro Obstétrico da Maternidade** do HU compõem-se de uma área semi-restrita e uma área restrita.

**Área semi-restrita:** 4 leitos de pré-parto, 4 leitos de recuperação com respectivos berços, 1 corredor externo, onde circulam as parturientes que dão entrada no Centro Obstétrico, e acompanhantes, 1 sala de repouso para os médicos, 1 expurgo, 2 banheiros dos pacientes e acompanhantes, 1 posto de enfermagem, 1 sala de preparo de medicação, 1 corredor de circulação interna, 1 sala de observação, 1 sala para exames de cardiotocografia, 1 vestiário masculino, 1 vestiário feminino e sala de lanche.

**Área Restrita:** 1 Sala de recuperação pós parto (pós anestésico), 1 expurgo, 3 salas de parto sendo, uma para parto normal horizontal, outra para parto normal horizontal e de cócoras, tendo a possibilidade de realizar-se também parto cesáreo, e uma sala somente para realização de parto cesáreo. 1 sala de atendimento ao recém-nascido, 1 sala de estoque de material, área dos lavabos, sala de repouso da enfermagem e corredores internos e externos.

O Centro Obstétrico possui 38 servidores, sendo 7 enfermeiros assistenciais e 1 enfermeiro chefe, 29 técnicos/auxiliares e 1 escrivão.

O número de partos realizados no Centro Obstétrico durante o período de dez./97 à set./98, foi de 1599 partos (mil quinhentos e noventa e nove), sendo: Parto Cesá-

reo: 490 (quatrocentos e noventa), Parto Normal Horizontal: 674 (seiscentos e setenta e quatro), Parto Normal Vertical: 423 (quatrocentos e vinte e três). Sendo que a média mensal de nascimentos atual gira em torno de 150 partos.

O **Alojamento Conjunto** é um tipo de unidade de internação (quarto ou enfermaria), em que o bebê sadio, logo após o nascimento, permanece ao lado da mãe 24 h. por dia, num mesmo ambiente, até a alta da maternidade. Essa modalidade de internação possibilita a prestação de todos os cuidados assistenciais, inclusive a orientação à mãe sobre a sua saúde e a do bebê (Ministério da Saúde).

Possui um “Hotelzinho”, onde as mães que receberam alta ficam aguardando a alta do recém nascido que necessitam de internação na Unidade de Neonatologia (SANTOS, 1999).

5.2 Os Passageiros (População Alvo)

A população, à qual foi dirigido este estudo, incluiu 94 parturientes e seus acompanhantes que se encontravam no Centro Obstétrico durante a realização do estágio.

As parturientes que fizeram parte, foram as que demonstraram aceitação e interesse em participar, sendo estas nulíparas e múltiparas, com ou sem acompanhante, excluindo as clientes com cesárea eletiva, as internações em período expulsivo.

O anonimato foi garantido pelas acadêmicas a partir da denominação das clientes por pseudônimos escolhidos por elas.

5.3 Manual da Tripulação (Plano de Ação)

OBJETIVO	ESTRATÉGIA OPERACIONAL	AVALIAÇÃO
1. Auxiliar no preparo da parturiente/acompanhante a participar ativamente no processo de parir	Orientar a parturiente quanto à respiração, deambulação.  Estimular o acompanhante a	O objetivo será alcançado através das estratégias aplicadas:

	incentivá-la, apoiá-la, realizando massagens e confortando-a. Realizar visita nas salas de parto com parturiente/acompanhante, mostrando as posições corretas durante o parto e que será da parturiente a decisão do tipo de parto.	Se as acadêmicas conseguirem estimular a participação das parturiente/acompanhante no processo de parir;
2. Identificar as crenças e valores da parturiente/acompanhante no processo de parir e as necessidades de cuidado de forma a preservar, acomodar e /ou repadronizar o cuidado de enfermagem.	<p>Selecionar as parturientes que serão assistidas no CO.</p> <p>Procurar através da observação, cuidado e diálogo com parturiente e acompanhante, conhecer seus hábitos, estilos de vida, sentimentos, comportamentos, opiniões e visão de mundo.</p> <p>Elaborar e utilizar um roteiro como ferramenta para auxiliar na captação de informações e a partir daí identificar as necessidades de cuidado de forma a preservar, adaptar e/ou repadronizar (Apêndice 1 e 2)</p>	<p>Será alcançado se:</p> <p>Aplicarmos as estratégias determinadas.</p>
3. Prestar cuidado de enfermagem no processo de parir respeitando as crenças e valores da parturiente	Oferecer apoio psicológico, emocional, a fim de reduzir ansiedade de maneira proporcionar conforto.	<p>Será alcançado se:</p> <p>Aplicarmos a estratégia proposta.</p>

te/acompanhante.	<p>Esclarecer dúvidas que poderão surgir a medida que o trabalho de parto evolui.</p> <p>Assistir a parturiente durante todo o processo de parir.</p> <p>Assegurar uma assistência de enfermagem humana, respeitando os valores culturais de cada parturiente.</p> <p>Realizar técnicas de enfermagem, como ausculta de batimentos cardio-fetais (BCF), verificação de altura de fundo uterino (AFU), manobras de Leopold, controle de dinâmica Uterina (DU), sinais vitais, entre outros.</p>	
4. Contribuir para a implementação dos oito passos para a Maternidade Segura (M.S.) e para a manutenção dos dez passos para o sucesso do Aleitamento Materno (A. M.) OMS/UNICEF, enfatizando os que estão relacionados com o Centro Obstétrico.	<p>Esclarecer a parturiente/acompanhante os aspectos positivos que o parto normal oferece.</p> <p>Colocar ao acompanhante a sua importância ao lado da parturiente no processo de parir.</p>	<p>Será alcançado se:</p> <p>Aplicarmos a estratégia proposta.</p>

	<p>Atuar junto da equipe para incentivar, através de conversas informais, questionamentos, debates e demonstrações de dados da OMS, importância a realização do parto normal e humanizado, e implementação dos oito passos da M.S. e dos dez passos do A.M.</p> <p>Colocar o recém-nascido em contato pele a pele da mãe durante os primeiros trinta minutos após o parto.</p> <p>Orientar a parturiente quanto a pega correta da região mamilo-areolar, o aleitamento sob livre demanda, a importância do colostro.</p>	
5. Avaliar a proposta de cuidado cultural aplicada junto a parturiente/acompanhante no processo de parir no Centro Obstétrico.	<p>Elaborar um questionário para captação de informações relacionadas ao cuidado (Apêndice 3 e 4).</p> <p>Através de uma conversa informal, buscar as opiniões das parturientes/acompanhantes a respeito da assistência prestada e oferecer um questionário de forma a captar maiores infor-</p>	<p>Será alcançado se:</p> <p>Aplicarmos este questionário proposto.</p>

	<p>mações.</p> <p>Realizar análise com supervisora e acadêmicas a respeito do cuidado prestado a parturiente/acompanhante.</p>	
<p>6. Buscar aprofundamento em relação a teoria de Leininger, a humanização do parto e atualização na área de enfermagem obstétrica com a participação em eventos específicos.</p>	<p>Participar de seminários, palestras, jornadas e demais eventos relacionados à saúde da mulher.</p> <p>Buscar aprofundamento literário, conteúdos referentes ao processo de parir, humanização no parto, parturiente, importância do acompanhante e família, teoria de Leininger, entre outros.</p>	<p>Será alcançado se:</p> <p>Aplicarmos esta proposta.</p>
<p>7. Desenvolver e manifestar atitudes coerentes, referentes aos princípios éticos do Código de Ética dos profissionais de enfermagem</p>	<p>Respeitar e reconhecer os direitos da parturiente de decidir sobre sua pessoa, seu tratamento e seu bem-estar.</p> <p>Exercer a Enfermagem com justiça, competência, responsabilidade, honestidade, mantendo sigilo profissional</p>	<p>Será alcançado se:</p> <p>Aplicarmos esta proposta.</p>



## **5.4 Instrumento de Navegação (Processo de Enfermagem)**

Segundo George (1993) o processo de enfermagem constitui-se de um esquema que serve para ordenar, direcionar e sistematizar o trabalho do enfermeiro. Constitui a essência da prática profissional da enfermagem. Sendo ainda o “instrumento” e a metodologia da profissão de enfermeira e, como, tal, auxilia os profissionais na tomada de decisões, e na previsão e avaliação das consequências. Também oferece meios para avaliação da qualidade dos cuidados profissionais.

“O processo de enfermagem foi desenvolvido como um método específico de aplicação de uma abordagem científica ou de solução de problemas à prática da enfermagem.” George (1993, p.25).

### **5.4.1 Fases do Processo de Enfermagem**

Convém ressaltar que “Leininger não aponta uma metodologia para executar o processo de Enfermagem, porém, o modelo do sol nascente serve para o planejamento e a intervenção da Enfermagem e oferece instrumentos teóricos para a adaptação do objeto de trabalho.” Leininger apud Leopardi (1999, p.99).

O processo é constituído das seguintes fases: levantamento de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e evolução. (Apêndice 5)

#### **5.4.1.1 Levantamento de Dados**

É constituída da coleta e análise dos dados, enfatizando as informações sobre a estrutura social, cultural e visão de mundo, com o objetivo de elaborar o diagnóstico de enfermagem. É nesta fase que ocorre o primeiro contato e a interação das acadêmicas com parturiente/acompanhante.

Segundo Monticelli (1994), devemos inicialmente observar e ouvir atentamente, obtendo desta forma, uma visão ampla da situação. Esta fase permite iniciar a compreensão do que está acontecendo, antes de desenvolver o cuidado. Posteriormente, além da observação, de acordo com a aceitação, expectativa e interação com as parturientes/acompanhantes, devemos começar gradativamente o cuidado. No decorrer desta intera-

ção, o cuidado intensifica-se. É importante lembrar que reflexões conjuntas, acerca da compreensão do cuidado, devem ser feitas durante todo o período.

Para o levantamento de dados, pesquisamos no prontuário da parturiente (Anexo 2, 3), e utilizamos um roteiro elaborado previamente por nós, baseado em Minati (1997), Santos (1999) e Gregório & Garcia & Costa (1999). (Apêndice 1 e 2)

O método de levantamento de dados foi baseado no guia habilitador denominado de Observação-Participação-Reflexão, proposto por Leininger apud Monticelli (1994).

Adotamos este método modificando-o, pois acreditamos que através da observação somos capazes de descobrir aspectos importantes, expressados não verbalmente, como a posição da parturiente, tipo de comunicação com o acompanhante, interação com a equipe entre outros.

#### **5.4.1.2 Diagnóstico de Enfermagem**

É caracterizado por uma reflexão constante sobre os aspectos obtidos na primeira etapa do processo, baseando-se nas áreas em que a parturiente/acompanhante não encontram uma diversidade e universalidade cultural do cuidado. Serve para guiar o planejamento, afim de chegar à obtenção dos cuidados, culturalmente congruentes.

#### **Planejamento**

Conforme Leininger apud Monticelli (1994), esta fase consiste em sistematizar e organizar as informações obtidas anteriormente, procurando refletir sobre as possibilidades e limites de preservar, acomodar ou repadronizar os cuidados de enfermagem, que serão desenvolvidos no Centro Obstétrico. Os cuidados a serem PRESERVADOS referem-se àquelas ações que visam manter crenças e valores relevantes daquela cultura, contribuindo para preservar o bem estar e enfrentar dificuldades. Os cuidados a serem ACOMODADOS referem-se àquelas ações que ajudam as parturientes/acompanhantes de uma determinada cultura a adaptarem ou negociarem cuidados, no sentido de obter resultados mais benéficos ou satisfatórios, de acordo com suas culturas. Os cuidados a serem REPADRONIZADOS referem-se àquelas ações que auxiliam os clientes a reordenar, mudar, ou modificar, parci-

almente, seus estilos de vida, para alcançar resultados de saúde mais benéficos que o anterior, respeitando seus valores e crenças culturais.

#### **5.4.1.3 Implementação**

É nesta fase que acadêmicas e parturientes/acompanhantes colocarão em ação as decisões, no sentido de preservar, acomodar e/ou repadronizar os cuidados de enfermagem, no Centro Obstétrico, a fim de alcançarem cuidados culturalmente congruentes.

#### **5.4.1.4 Avaliação**

Corresponde à fase final do processo, que possibilita avaliar o benefício trazido pelo cuidado a parturientes/acompanhantes. É a apreciação conjunta das ações desenvolvidas durante os cuidados de enfermagem, não devendo acontecer somente nesta fase, mas durante todas as etapas do processo.

6 CRONOGRAMA

		mar		Abril																			
		Q	S	T	Q	Q	S	S	S	T	Q	Q	S	S	S	T	Q	Q	S	S	Q	Q	S
		30/3	2/4	4/4	5/4	6/4	7/4	8/4	10/4	11/4	12/4	13/4	14/4	17/4	18/4	19/4	20/4	21/4	23/4	26/4	28/4	29/4	
Apresentação do projeto assistencial aos funcionários do C. O.	M																						
Fases de adaptação das atividades estabelecidas	M	P																					
Atividades assistenciais com a parturiente/acomp	M	P	M	M	M	M	P	P	M	P					P		P		P	P		P	P
Participação em eventos							X	X			X	X	X										
Encontro com orientadora e supervisora							M									V					V		
Revisão de literatura			V											V									

ATIVIDADES	Maio																								Junho		
	S	T	Q	Q	S	S	S	T	Q	Q	S	S	S	S	Q	Q	S	T	Q	Q	S	Q	Q	2-6			
	1/5	2/5	3/5	4/5	5/5	7/5	9/5	10/5	11/5	12/5	13/5	15/5	16/5	17/5	18/5	19/5	20/5	24/5	25/5	26/5	30/5	31/5	1/6	/06			
Atividades as- sistenciais com a parturien- te/acomp.		V	P	V			M	V	V			P	V	V	M		P				P	V	V				
Participação em eventos		X	X	X	X		X		X	X	X							X	X	X							
Encontro com orientadora e supervisora						V											V			V							
Revisão de lite- ratura	V					M						V								M				P			



## **7 RELATANDO OS RESULTADOS DA VIAGEM (APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS)**

Neste estudo prestamos cuidado de enfermagem com base no marco referencial elaborado, à 94 clientes, sendo que destas selecionamos 3 para descrevermos a implementação do processo de enfermagem de forma mais detalhada, dos quais um consta no corpo do trabalho propriamente dito e os demais são apresentados sob a forma de Apêndice (8 e 9). Vale salientar algumas características de toda essa clientela: percebemos para a nossa surpresa um número significativo de primigestas; faixa etária predominante entre 20 e 40 anos e a grande maioria dessas apresentam-se com acompanhantes. Enfatizamos que não houve distinção na prestação do cuidado às parturientes que não foram selecionadas para a realização do processo, uma vez que estas eram abordadas e valorizadas respeitando suas crenças e o contexto cultural onde estavam inseridas.

### **7.1 Descrição dos Objetivos Propostos**

Tendo em vista o objetivo geral de “Prestar cuidado a parturiente/acompanhante no processo de parir no Centro Obstétrico, de forma a torná-lo humanizado e respeitoso, embasando-se na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Transcultural de Madeleine Leininger”, visou-se também o alcance dos objetivos específicos que nortearam nossa proposta cujos resultados descreveremos à seguir.

#### **7.1.1 Objetivo N.º 1**

**Auxiliar, no preparo da parturiente/acompanhante, a participar ativamente no processo de parir.**



Durante todo o período de estágio, prestar um atendimento humanizado era o que preconizávamos. De acordo com a nossa visão, parto humanizado, pressupõe um enfoque psíquico e somático, além de contemplar aspectos sociais e culturais.

Realizávamos visita às salas de parto orientando as parturientes sobre os tipos destes e desde então esclarecíamos à parturiente que a decisão pela escolha do tipo de parto era sua, o que já se constituía numa maneira de fazer com que ela percebesse que o parto era seu e, como protagonista desse evento, estaríamos ali apenas para ajudá-la quando precisasse de auxílio. Ainda nesta visita, mostrávamos onde se localizavam os banheiros e alertávamos sobre a importância do esvaziamento vesical, e para as parturientes que estavam induzindo ou conduzindo o parto por bomba de infusão, explicávamos que a mesma possuía uma bateria, desobrigando-as de permanecerem no leito. Os acompanhantes eram orientados sobre como transportar a bomba de infusão e incentivados a fazê-lo, quando a parturiente necessitasse.

Durante os cuidados no pré-parto, sugeríamos diferentes posições, como ficar de pé, sentar na cadeira de balanço, agachar, no intuito de participar ativamente do seu processo de parir.

Estimulávamos a deambulação e orientávamos que era importante para o trabalho de parto desencadear mais rapidamente, com contrações mais efetivas, período de dilatação menor, e que também era importante para a descida do pólo cefálico; outra vantagem era que diminuía a tensão muscular na região lombo-sacral, além de evitar a compressão dos grandes vasos.

A massagem era um artifício que utilizávamos para proporcionar alívio da dor e relaxamento da tensão muscular. No primeiro momento da realização da técnica, já incentivávamos o acompanhante para dar continuidade à mesma, a cada contração, favorecendo, assim, a interação entre parturiente e acompanhante.

Quando percebíamos que as parturientes não respiravam adequadamente nas contrações, sendo que, em certos momentos, até prendiam a respiração, explicávamos a maneira correta de realizar a mesma durante as contrações e entre elas.

Oferecíamos apoio físico e emocional a todas as parturientes que assistíamos, ressaltando a beleza e a singularidade do momento, estimulando-a a encontrar forças dentro de si para continuar este momento, revigorando suas energias.

Em alguns momentos, constatávamos que as parturientes pediam pela realização de uma cesariana, nestes casos coube a nós orientar sobre as vantagens do parto

normal, recomendações da Organização Mundial da Saúde quanto às indicações adequadas, desvantagens da cesariana, salientando sobre a dor pós-operatória e orientávamos, de acordo com cada caso apresentado.

Consideramos, este objetivo, alcançado, uma vez que percebíamos que, durante a interação com as parturientes e seus respectivos acompanhantes, demonstravam interesse e participavam ativamente no processo de parir, seja a parturiente deambulando, seja o acompanhante massageando, e ambos dialogando e interagindo.

### 7.1.2 Objetivo N.º 2

**Identificar as crenças e valores da parturiente/acompanhante, no processo de parir; e as necessidades de cuidado, de forma a preservar, adaptar e/ou repadronizar o cuidado de enfermagem.**

No decorrer do estágio, buscamos literaturas a respeito dos aspectos culturais que circundam o processo de parir. As literaturas antropológicas as quais recorremos, causaram-nos certa frustração, uma vez que nelas não encontramos maiores aprofundamentos culturais sobre o parto, evento este tão rico em significados e simbolismos. Eram mais evidenciadas questões culturais sobre a gestação e cuidados com o bebê.

Na prática assistencial, inicialmente, apenas observávamos a parturiente, identificando seus padrões de comportamento. Num segundo momento, nos apresentávamos e explicávamos o trabalho que estávamos desenvolvendo.

Procurávamos, para a prestação de cuidados, utilizar, além da linguagem verbal, expressões corporais e o tato, como observado nos cuidados com a respiração, agachar durante as contrações e massagens, de tal forma que a comunicação fosse acessível e objetivando uma maior interação com a parturiente e seu acompanhante. Durante essa interação, procurávamos identificar as crenças e valores de cada um, proporcionando um cuidado cultural coerente.

Apesar de encontrarmos poucas crenças e percepções, ligadas ao processo de parir, encontramos outras ligadas à gestação e cuidados com o RN. Ressaltamos que, em nenhum momento, realizamos questionamento, de modo a obter uma resposta direta sobre o assunto; esses dados surgiram, no decorrer do cuidado por nós prestado, de forma espontânea. Acreditamos que, deste modo, obtivemos as reais crenças e percepções

evocadas durante o processo de parir. A seguir, citaremos algumas crenças e percepções:

- Muitas parturientes vinham para o hospital porque a bolsa tinha rompido, acreditando que quando a “bolsa estoura” o bebê já está para nascer.
- Algumas parturientes e os acompanhantes que assistiam os primeiros cuidados com o RN, quando perguntados achavam que o coto umbilical não deveria ser molhado, e que o bebê sentia dor com a aplicação do álcool a 70%.
- Poucos acompanhantes achavam que não podiam tocar no bebê sem luva ou porque estavam com as mãos sujas.
- A maioria das parturientes permanecia deitada no leito “esperando o bebê nascer”.
- Uma das parturientes, primigesta, nos relatou que o parto horizontal dói menos e acreditava que na hora da expulsão receberia anestesia local.
- Percebemos que a maioria das parturientes e acompanhantes não demonstravam curiosidade em ver a placenta e algumas quando questionadas, relatavam não ter interesse em vê-la.
- Algumas parturientes no pré-parto, quando estimuladas para realizar a posição de cócoras, durante as contrações, demonstravam embaraço em adotá-la.
- Algumas poucas parturientes preferiam escolher a mãe ao companheiro para assistir o parto, relatando vergonha ou dizendo que a mãe seria a pessoa mais indicada neste momento.
- Percebemos a relação que parturientes e acompanhantes faziam entre ter azia e o bebê ser cabeludo, barriga pontuda para menino e redonda para menina.
- Quanto ao puerpério encontramos alguns relatos quanto à relação entre o sexo do bebê e o tempo de resguardo, não poder pegar peso, friagem e não lavar a cabeça para não dar recaída.

Observamos que, durante o trabalho de parto e parto, as parturientes apresentaram, de uma maneira geral, necessidades de cuidado similares, das quais destacamos: incentivo de deambulação, mudança de posições como ficar de cócoras, de pé e

sentada, ficar de lado, preferencialmente esquerdo, tomar banho para proporcionar higienização, relaxamento e evolução do trabalho de parto; orientação quanto a relação de vontade de evacuar e descida da cabeça fetal, a posição de parir, a bolsa rota, a realização da força eficaz e o momento certo, sobre a amamentação, a placenta, o sangramento, a respiração, a dor no parto e pós-parto e, sobretudo, oferecemos muito apoio emocional, atenção e realização de massagens, para alívio da dor e relaxamento.

Observamos que a grande maioria das parturientes no pré-parto não questionavam os cuidados que eram realizados, como, por exemplo, o jejum, às vezes duradouro, o porquê da utilização de fluidoterapia, a utilização de propé, a realização de dinâmica uterina a cada 1 hora e verificação do batimento cardio-fetal a cada 30 minutos, o toque algumas vezes realizado por diferentes profissionais (Médicos, Enfermeira, estudantes), cardiotocografia. Na sala de parto, as parturientes não questionavam o número de pessoas que estavam assistindo ao seu parto; demonstravam-se surpresas com o bebê, colocado para mamar, logo após o nascimento, e, ainda, quando dito, que iríamos realizar os primeiros cuidados com o bebê, não os questionavam. Devido à nossa forma de atuação, no sentido de encontrar informações expressas espontaneamente e, ainda, o comportamento passivo das parturientes, levando-as a ficarem introspectivas durante o trabalho de parto, ocasionou certa dificuldade para captação de informações acerca das crenças e valores.

O alcance deste objetivo proposto pode ser dividido em duas partes.

Em relação à primeira “identificar crenças e valores...” temos uma incerteza, pois, como resposta, a forma de atuação por nós proposta, para captação de informações, não obtivemos muitos relatos culturais. Permanecendo uma pergunta: alcançado ou parcialmente alcançado? Consideramos neste sentido que mais estudos com este objetivo devam ser feitos, buscando maior contribuição para a prática assistencial.

Quanto à segunda parte deste objetivo, ou seja, “identificar as necessidades de cuidado...”, que explicitamos mais detalhadamente no Objetivo N°5, percebemos que conseguimos alcançá-lo.

### **7.1.3 Objetivo N.º 3**

**Prestar cuidado de Enfermagem, no processo de parir, respeitando as crenças e valores da parturiente/acompanhante.**

De uma forma geral, consideramos este objetivo alcançado, uma vez que realizamos os cuidados, abaixo mencionados, com 94 parturientes. Ressaltamos que ficamos impossibilitadas de realizar todos os cuidados previstos para cada uma das parturientes, devido à grande demanda, em alguns momentos e poucos funcionários, o que provocou o excesso de funções por nós desempenhadas, e também devido ao estágio do trabalho de parto em que se encontravam as parturientes, no momento em que iniciávamos nosso plantão.

Salientamos que efetuávamos os cuidados, respeitando individualmente as crenças e valores acerca de todo o processo de parir de cada parturiente e acompanhante.

- Recebíamos as parturientes na porta, juntamente com o plantão, vindo da Triagem Obstétrica, e nos apresentávamos;
- Ajudávamos as parturientes a colocar o propé;
- Mostrávamos o leito no qual elas poderiam permanecer e que retornaríamos após registros de internação;
- Efetuávamos os registros no Livro de Passagem de Plantão e Livro de Registro de Chegada;
- Organizávamos os prontuários e fazíamos as prescrições de Enfermagem (Anexo 4);
- Recebíamos os acompanhantes;
- Realizávamos visitas nas salas de parto e em toda a área restrita, orientávamos sobre os tipos de parto, suas vantagens e desvantagens, posições das parturientes e acompanhantes nas salas, conversávamos sobre experiências passadas das mesmas;
- Esclarecíamos que a escolha, pelo tipo de parto, seria das parturientes;
- Orientávamos quanto à importância da deambulação e estimulávamos a fazê-la;
- Sugeríamos outras posições, como agachar, sentar na cadeira de balanço ou no banco e ficar de pé;
- Realizávamos massagens para obter relaxamento e alívio da dor;
- Proporcionávamos apoio psicológico, emocional;
- Orientávamos, quando deitadas a permanecerem em decúbito lateral esquerdo, preferencialmente, e explicávamos o porquê;

- Durante os cuidados de enfermagem, sempre explicávamos o que iríamos fazer antes de realizá-los;
- Estimulávamos as parturientes a tomarem banho para higiene, relaxamento e auxílio da evolução do trabalho de parto;
- Orientávamos a importância de realizarem o esvaziamento vesical, sempre que sentissem vontade;
- Realizávamos procedimentos como: controle de dinâmica uterina, batimentos cardio-fetais e de sinais vitais, manobras de Leopold, punção venosa, instalação de fluidoterapia, administração de medicamentos via oral, muscular e venosa, oferecíamos e trocávamos forros perineais, quando necessário fazíamos arrumação de leitos;
- Avaliávamos o abaulamento do períneo, estávamos atentas para sinais de puxos e vontade de evacuação;
- Proporcionávamos ambiente tranquilo;
- Quando percebíamos que as parturientes não estavam respirando corretamente, sugeríamos como deveriam respirar para se sentirem melhor;
- Permanecíamos ao lado das parturientes e acompanhantes, respeitando momentos de privacidade, deixando-os a sós, e enfatizávamos que estaríamos perto, caso necessário;
- Ressaltávamos que este era um momento único vivido pela parturientes e acompanhantes, salientávamos que elas eram as protagonistas deste evento e que o evoluir deste evento dependeria da atuação delas;
- Solicitávamos a dieta das parturientes, junto à nutrição, respeitando a prescrição médica e período de evolução do trabalho de parto;
- Oferecíamos água às parturientes sempre que percebíamos que as mesmas apresentavam sede, devido ao jejum do trabalho de parto;
- Quando os lábios das parturientes apresentavam-se ressecados, sugeríamos e colocávamos vaselina para amenizar o ressecamento;
- Ficávamos atentas aos sinais de perigo, tais como: sangramento vaginal abundante, tonturas, alterações na DU e BCF;
- Acompanhávamos as parturientes e acompanhantes à sala de parto e auxiliávamos a se posicionarem;

- Na sala de parto: orientávamos a hora certa de fazer força durante as contrações e descansar entre elas; apontávamos seus progressos, quando, em cócoras, estimulávamos as parturientes a olhar seu bebê nascendo; colocávamos o RN junto à mãe e incentivávamos a amamentação; favorecíamos a interação precoce, mãe x bebê x acompanhante; orientávamos, puérpera e acompanhante quanto à dequitação, à placenta; estimulávamos a saber a importância da placenta; pesávamos a placenta e medíamos o cordão umbilical; fazíamos os registros do parto, entre outros;
- Na sala de recuperação pós-anestésica, além dos controles de sinais vitais, sangramento vaginal, observávamos formação do globo de Pinard, trocávamos forros perineais, proporcionávamos ambiente tranquilo, ficávamos alerta aos sinais de perigo deste período, entre outros;
- Em todo o decorrer do processo de parir, esclarecíamos dúvidas, à medida que surgiam;
- Encaminhávamos a puérpera com RN e acompanhante ao Alojamento Conjunto e passávamos o plantão;
- Durante a interação, quando percebíamos que as parturientes e acompanhantes estavam dentro dos critérios, convidávamos os mesmos para participarem do nosso estudo, pedíamos para ambos assinarem o Termo de Consentimento (Apêndice 6 e 7), realizávamos o Processo de Enfermagem.

Conforme mencionado anteriormente, apresentaremos na íntegra um dos Processos de Enfermagem selecionado.

### Processo de Enfermagem

#### Identificação da parturiente e acompanhante

M.A.G. (**Rosa**), nascida em 21 de fevereiro de 1980, 20 anos, união estável, católica, procedente da Trindade, escolaridade de 1º incompleto, do lar. Veio para HU no dia 30 de maio referindo aumento de dor. Após avaliação foi encaminhada para casa pois estava com apenas 1cm e em pródomos de trabalho de parto. Voltou pela manhã do



dia 31 de maio de 2000 e internou às 8 horas da manhã em trabalho de parto. Na triagem foi avaliada e apresentava os seguintes dados obstétricos: 4cm de dilatação cervical, BCF de 140 bpm, bolsa íntegra. Gesta I para 0, aborto 0, idade gestacional (DUM): 40s e 3d, DPP: 27 de maio de 2000. Tipagem sanguínea: O Rh: +.

Rosa estava acompanhada da sogra E.L.(**Orquídea**), também procedente da Trindade.

Rosa morava com seu companheiro na casa de Orquídea, com a qual aparentava ter um bom relacionamento e a qual a chamava de mãeinha.

Abaixo segue a transcrição na íntegra das demais fases do processo de acordo com Leininger, realizados com **Rosa** (parturiente) e **Orquídea** (acompanhante) por **Aurora e Dáfne** (acadêmicas).

#### 13:40 Primeiro contato

Fomos para o leito de Rosa, chegando lá, Aurora percebe a presença do estudante de medicina e pergunta: Queres que eu faça o BCF?

Estudante: Quero.

Dáfne: Meu nome é Dáfne, sou estudante de enfermagem

Aurora: Meu nome é Aurora, também sou estudante de enfermagem.

Aurora: Teu nome como é?

Rosa: Meu nome é Rosa.

Aurora: E o teu?

Orquídea: Meu nome é Orquídea.

Neste momento Rosa apresentou uma contração forte, o último toque foi às 8:30 da manhã. A Enfermeira chegou.

Enf.: Eu sou a Enfermeira de plantão até as 7 horas da noite. Elas já concorreram em fazer parte do estudo de vocês?

Dáfne: Não deu tempo de perguntar ainda. Enquanto isso Aurora estava verificando o BCF.

Enf.: Vou fazer o exame do toque para ver como está o teu bebê.

Ao fazer o toque, diz: Ela está com 6 cm de dilatação, mas o bebê ainda está alto, o que tu deves fazer é caminhar, sair um pouco da cama, a pior posição é a deitada pois é mais difícil para o teu bebê descer. Tu tomaste banho agora a pouco não foi?

Rosa: Foi.

Rosa respirava durante e após as contrações com um pouco de dificuldade.

Enf.: Estás com o nariz entupido?

Rosa: Não.

Enf.: Mas acho que deve estar com um pouco de secreção.

A Enfermeira fala para Aurora, pegar lá nos medicamentos o descongestionante para melhorar um pouco e aliviar, recomenda 1 gota em cada narina.

Aurora foi pegar, voltou, deitou a cama, e administrou.

Aurora: Melhorou um pouco?

Rosa: Sim.

Aurora: Tu já caminhaste antes?

Rosa: Já, mas fiquei tonta, estou sem dormir a noite toda....

Dáfne explica o nosso trabalho. Então, vocês gostariam de participar?

Aurora: Vocês duas, a Rosa e a Orquídea, pois nós tentamos trabalhar com a gestante e com a acompanhante?

Orquídea olhou para Rosa e falou: Acho que sim.

Rosa: Participamos sim. Claro!

Dáfne: No nosso trabalho nós não usamos o verdadeiro nome de vocês, então nós gostaríamos que vocês pensassem em um apelido, um pseudônimo para vocês.

Rosa: Apelido?

Aurora: É, como nome de flor, anjo, comida, praia, vocês é que escolhem.

Neste momento a Enfermeira retornou e perguntou para Rosa o que ela achava de caminhar um pouco. Ela já foi logo se levantando e disse que iria.

Enf.: Então vamos caminhar. Meninas vamos ajudar ela a caminhar, ficar de cócoras nas contrações e ensinar ela a respirar. Rosa, essas duas meninas vão ficar contigo e te dar uma atenção de primeira.

Orquídea: Eu posso sair para dar um telefonema?

Dáfne: Pode. Acompanhou Orquídea até a saída e disse: Coloca o teu avental e o teu propé aqui. Na volta é só colocá-los e entrar.

Orquídea: Você guarda a máquina fotográfica para mim?

Dáfne: Guardo. Retornou para o leito onde estava Rosa.

Aurora ajuda Rosa a sair da cama e Dáfne pega um forrinho.

Rosa levanta-se com facilidade, cobre seus seios. Aurora e Dáfne colocam o forrinho e Dáfne prende com esparadrapo. Fomos para o corredor, Aurora, Dáfne e Rosa.

Rosa começou a caminhar, aparentemente estava tranqüila, sorridente.

Orquídea retorna, Dáfne devolve a máquina e pergunta: A senhora vai tirar fotos do parto para guardar de recordação?

Orquídea: É, para fazer o álbum dele.

Dáfne aproveita e questiona para Rosa e Orquídea se elas permitiriam que tirássemos fotos para o nosso trabalho.

Rosa responde afirmativamente.

Aurora: Rosa, a área que vocês podem caminhar é desde aquela porta até esta porta, depois dela só entramos com toca, nós vamos te acompanhar.

Rosa caminhava sem parar, nas contrações parava um pouco, gemia, apoiava-se na barra

Dáfne: Estás te sentindo tonta?

Rosa: Não. Agora não, mas estou assim sem dormir desde as 2:00hs da manhã.

Dáfne: Queres continuar a caminhar?

Rosa: Não, vamos é bom.

Dáfne: É, com certeza.

Dáfne: Por que tu decidiste vir para o hospital?

Rosa: Porque estava aumentando a dor.

Orquídea: A gente trouxe ela às 5:00hs da tarde de ontem, ela já estava sentindo dor, o médico mandou voltar para casa porque ela estava com 1 cm de dilatação, nós voltamos para casa e depois voltamos no hospital, chegamos aqui às 8 horas da manhã, hoje.

Rosa: É e eu não dormi a noite toda. Estou cansada.

Aurora: Tu fizeste pré-natal?

Rosa: Fiz, aqui no HU.

Aurora: Sabes quantas consultas?

Rosa: Ah, vim desde o começo, mas não sei quantas.

Aurora: Vocês são o que?

Rosa: Ela é minha sogra, mas não liga não que eu chamo ela de mãeinha todo tempo.

Aurora: E o pai do bebê?

Rosa: É meu esposo.

Dáfne: O teu marido não quis vir para cá?

Rosa: Ele queria mas eu preferi a mãeinha.

Dáfne: Por que tu escolheste a tua sogra e não o teu marido?

Rosa: Porque eu não ia gostar, não ia dar certo...(E expressava vergonha)

Aurora: E a tua mãe?

Silêncio.

Rosa: Há, faz tempo que não falo com ela.

Aurora: Ela mora aqui em Florianópolis?

Rosa: Não, ela mora no interior de Porto Alegre.

Aurora: Ela sabe que tu estás grávida?

Rosa: Não. Faz muito tempo que não falo com ela, minha mãe... ah, faz tempo. Eu saí de casa bem novinha.

Dáfne: Era só tu de filha?

Rosa: Não, eu tenho uns 8 irmãos. Eu falei com um à pouco tempo. Mas a gente não tem muito contato não.

Dáfne sai para pegar os papéis.

Rosa deambulava.

Aurora: Tu paraste de sentir as contrações ou continuas caminhando durante as contrações?

Rosa: Eu continuo caminhando.

Aurora: O que te vem na cabeça com a palavra parto?

Rosa: Pois agora... não sei.

Aurora: Qualquer coisa.

Rosa: Não sei.

Dáfne retorna.

Dáfne mostra o Termo de Consentimento, explica e pede para assinarem.

Elas assinaram sem ler. Então Dáfne lê o Termo.

Aurora: Vocês foram conhecer as salas de parto antes?

Rosa: Fomos.

Dáfne: Já escolheste o tipo de parto?

Rosa: Ainda não.

Aurora: Eu e Dáfne somos suspeitas para falar, somos adeptas ao parto de cócoras, mas quem escolhe é tu. Já ficasse na posição de cócoras par ver se tu gostas?

Rosa: Ai, não, né?!

Aurora: Como é que tu podes escolher uma posição se não experimentaste ainda. Na próxima contração vamos se agachar e fazer a posição. O que tu achas?

Rosa: Pode ser.

Neste momento Rosa apresentou uma contração. Aurora estimulou-a a tentar ficar de cócoras para a mesma ver o que achava desta posição. Rosa agachou-se. Aurora percebeu nesta hora que Rosa não respirava adequadamente durante as contrações.

Aurora esperou passar a contração e explicou sobre a maneira correta de respirar durante e entre as contrações.

Veio mais uma contração e Rosa permanecia de cócoras.

Dáfne: Isso Rosa, agora joga bem o teu corpo para trás, encosta as tuas costas na minha perna, tenta encostar todo o teu pé no chão. Enquanto ela apresentava contração Aurora realizava massagem na região sacral. Rosa respirava corretamente. Cesada a contração Aurora: Olha como eu estou agachada, meu pé está encostando todo no chão e os meus joelhos estão bem separados.

Rosa: É que dói encostar o pé todo.

Aurora: Tenta encostar devagar, porque senão depois vás ficar com os pés doloridos.

Rosa permaneceu de cócoras.

Ao terminar a contração Rosa levantou-se.

Aurora: O que tu achaste desta posição?

Rosa: Eu gostei.

Dáfne: E da massagem.

Rosa: **Foi ótima!**

Aurora: Tenta também respirar como eu te disse, respira pelo nariz e solta pela boca.

Rosa continuou a caminhar.

Rosa começa a respiração.

Aurora: Está vindo outra?

Rosa responde com a cabeça afirmativamente, posicionando-se de cócoras.

Aurora: Isso, respira, bota esse desconforto para fora e trás todos os sentimentos bons pra dentro de ti, isso, respira, respira.

Passada a contração Rosa levanta-se.

Dáfne permanece com Rosa enquanto Aurora percebe a presença do estudante de medicina na porta, chega perto dele e pergunta: Queres fazer o BCF ou a DU?

Estudante: É.

Aurora: Eu e Dáfne estamos fazendo nosso trabalho com Rosa e Orquídea e queremos prestar o cuidado integral com Rosa, pode deixar que nós fazemos o BCF, DU e todos os cuidados com ela.

Estudante: Tu sabes fazer?

Aurora: Claro aprendi igual a ti. Pode deixar.

Estudante: Tu tens que marcar.

Aurora: Eu sei, até já começaram o partograma dela, eu anoto tudo lá. Está na hora agora?

Rosa: Eu estou cansada, não dormi a noite inteira.

Dáfne: Se tu quiseses podes sentar nesta cadeira de balanço. Esse balanço é bem gostoso para o teu bebê e alivia um pouco a dor na contração.

Rosa: Tá, acho que vou sentar.

Rosa sentou-se de lado na cadeira.

Dáfne explicou a posição certa de sentar.

Aurora foi pegar o sonar portátil.

Aurora: Vou fazer um exame que se chama DU. Já fizeram este exame em ti?

Aurora explicou o exame.

Rosa: Já. Precisa ir para a cama?

Aurora: Não posso fazer aqui mesmo.

Aurora coloca a mão na barriga de Rosa por dentro da camisola. Rosa fechava a camisola preocupada.

Aurora: Não precisa ficar preocupada que eu estou segurando.

Rosa apresentou uma contração bem intensa e Dáfne realizava massagens de várias maneiras na região lombo-sacral.

Dáfne: Qual é a melhor?

Rosa: A primeira. (Referindo-se ao movimento de deslizamento descendente das mãos no sentido lombo-sacral).

Durante as contrações Aurora reforçava: Isso, respira, joga a desconforto para fora.

DU= 40, 40, 45, 45 e 70.

Dáfne: Rosa eu agora vou escutar o coraçãozinho do teu bebê.

Ela balançou a cabeça afirmativamente.

Dáfne auscultou o BCF.

BCF= 160, 160 e 152.

Dáfne verificou os sinais vitais. PA= 100/60 e FC= 80. (durante a verificação da PA Rosa apresentou uma contração, foi esperado a mesma passar para iniciar a verificação).

Neste momento eram 14:30 horas.

Rosa permanece na cadeira com Dáfne massageando suas costas, seus ombros, estimulava-a relaxar. Rosa apoiava a sua cabeça nos seus braços que estavam sobre o apoio da cadeira. Apresentava-se relaxada.

Aurora pegou o roteiro.

Aurora: Tu vieste para maternidade porque estavas com mais contração, e por que escolheste o HU?

Rosa: Por causa do atendimento e também por causa do pré-natal que eu já estava fazendo aqui.

Orquídea: Todos dizem que é bom, meu primeiro neto nasceu aqui também, e eu gostei muito.

Aurora: A senhora já acompanhou algum parto?

Orquídea: Já.

Aurora: Já! Que legal, de quem?

Orquídea: Do meu primeiro neto.

Aurora: E foi aqui no HU também, né?

Orquídea: Foi.

Aurora: Foi há quantos anos?

Orquídea: Faz dois anos.

Aurora: Rosa, tu moras aonde?

Rosa: Aqui na trindade.

Orquídea: Perto do BESC.

Aurora: Rosa, quantos anos tu tens ?

Demorou a responder pois aparentava cansaço e sonolência.

Aurora: Posso perguntar para a Orquídea e ela me responde se tu preferires.

Orquídea, Quantos anos ela tem.



Rosa: Tenho 20. Ai, eu estou respondendo mais nem sei o que, estou muito cansada.

Aurora: Até que ano ela estudou?

Orquídea: Isso eu não sei...

Aurora: E quantos filhos a senhora teve?

Orquídea: Tive trigêmeos mais não vingaram, ficaram na incubadora por 15 dias e morreram, eram do primeiro marido, nasceram de 7 meses.

Dáfne: Foi de cesárea?

Orquídea: Não, foi de parto normal.

Aurora e Dáfne ficaram espantadas e felizes com a resposta.

Orquídea: Depois tive 1 menina e 1 menino.

Dáfne: Como foram os cuidados com os teus bebês.

Orquídea: Como assim?

Dáfne: Tu davas banho antes de cair o umbigo ou não, tu esperavas ele cair?

Orquídea: Eu dava banho antes mesmo de cair, não tinha medo de mexer no umbigo e nunca aconteceu nada com meus filhos.

Dáfne: E o resguardo?

Orquídea: Eu cuidava para não pegar peso. Tomava banho mas não lavava a cabeça. Fiquei assim durante o resguardo todo.

Dáfne: Quanto tempo era o resguardo?

Orquídea: Era 40 para menino e 30 para menina.

Aurora: Por que era assim?

Orquídea: Porque era, todo mundo fazia assim.

Aurora: Como a senhora recebeu o convite para participar como acompanhante durante o trabalho de parto e parto? Ficou com medo mais gostou, gostou desde o início, não gostaria de estar participando, outro?

Orquídea: Eu gostei desde o início, queria sempre ver.

Aurora: Que motivo levou a senhora a assistir o parto?

Orquídea: Eu vi o primeiro e gostei e queria ver de novo.

Aurora: O que acha da presença do acompanhante na sala de parto? Importante ou sem importância e por quê?

Orquídea: Importante, é legal, não é necessário, porque vocês atendem super bem, mais eu gosto de ver, sou curiosa. É bom pra pessoa

Aurora: Bom pra pessoa? Pra a senhora ou pra ela?

Orquídea: Para nós duas.

15:00 horas Aurora faz BCF = 140, 140 e 128.

Enquanto Aurora foi registrar o BCF, Rosa apresentou uma contração de grande intensidade e começou a chorar. (as lágrimas caíam de seus olhos, e reclamava).

Rosa: Ai, acho que não vou aguentar mais. Tá doendo muito.

Dáfne massageava Rosa e dizia: Calma agora tá quase, tenta respirar, se acalmar, porque tudo o que tu estiveres sentindo o teu bebê também estará. Se tu ficar nervosa vai ser pior para ti e para ele.

Rosa tentava ajeitar-se na cadeira trocando de posições.

Dáfne: Estás sentindo alguma coisa diferente?

Rosa: Estou com vontade de fazer cocô.

Dáfne: Fizeram lavagem em ti?

Rosa: Fizeram.

Dáfne: Então não te preocupa que deve ser o teu bebê que está fazendo força aí em baixo, está se acomodando para nascer.

Aurora sai e questiona com a Enfermeira de uma possível avaliação pois sua dinâmica tinha aumentado e Rosa relatava vontade de evacuar. A Enfermeira diz para Aurora pedir para Rosa deitar-se e avaliar o abaulamento perineal.

Aurora e Dáfne acompanham Rosa até o leito.

Dáfne: Rosa quem sabe agora tu deitas um pouco para nós avaliarmos se o teu bebê já está baixinho.

Rosa deitou-se, cobrimo-la, retiramos o propé, e começou a apresentar uma contração. Neste momento avaliamos o períneo e percebemos que não estava abaulando.

15:30 horas

Dáfne faz DU = 55 e 55.

Orquídea: Eu vou sair para a marcar a minha consulta e daqui a pouco eu volto.

Rosa apresentou uma contração e Dáfne começou a massagear e Rosa falou: Não, não, está doendo.

Dáfne: Doendo como?

Rosa: Acho que minha pele está seca.

Dáfne parou e Aurora foi pegar um Hidratante.

Aurora trouxe um creme e passou nas costas de Rosa.

Dáfne percebe que Rosa enquanto deitada permanecia na posição supina,  
então falou: Rosa, é melhor tu fiques deitada de lado esquerdo. Sabes o porquê?

Rosa: Não.

Dáfne explica o porquê.

15:50horas

Dáfne realiza BCF = 160, 140 e 120

Rosa reclamava de dor durante as contrações que estavam intensas. Aurora resolve fazer compressas quentes na região supra-púbica para aliviar a dor.

Aurora: Vou colocar essa compressa...

Rosa: Compressa, o que é isso? (Perguntou um pouco assustada)

Aurora: É um paninho, vou esquentar na água e colocar na parte de baixo da tua barriga, vê se alivia um pouco a dor?

Aurora colocava as compressas e como Rosa não relatava nada Aurora perguntou: Rosa está melhorando com esse paninho?

Rosa: É, alivia um pouquinho.

16:00horas

Aurora realiza CSV = PA: 120/90. FC: 68 bpm, FR: 20 mpm e temp: 36°C.

16:15horas

Enf. chega no leito e fala: Rosa, eu vou fazer outro toque para ver como está a posição do teu bebê e a tua dilatação.

Durante a realização do mesmo, Rosa expressava desconforto e feição de dor, se contraía e fechava as pernas.

Enf.: Rosa eu sei que isso não é bom, dói eu sei, mas tenta relaxar um pouquinho e abrir bem a perna que dói menos.

Rosa seguiu as orientações.

Após realizado o exame do toque a Enf. diz: Já dilatou mais, estás com 7 para 8 cm, o teu colo está fino e amolecido. Agora é a hora de tu ajudares esse bebê nascer rápido. Não queres ver logo o teu bebê?

Rosa responde com a cabeça em movimento afirmativo.

Enf.: É menina ou menino?

Rosa: Não sei.

Enf.: Já escolheste os nomes?

Rosa: Se for menina é Margarida e se for menino é Jonatas.

Enf.: Dá onde escolheste o nome Margarida.

Rosa: Era o nome da minha boneca quando eu ganhei com 15 anos. E eu sempre dizia que quando tivesse uma filha ia ser este o nome dela.

Enf.: Então vamos tomar um banho, deixa a água cair bem na tua barriga, fica o tempo que tu quiseres, quanto mais melhor.

Dáfne pega toalha e a camisola.

Aurora liga o chuveiro, coloca a camisola suja na cadeira para Rosa sentar-se. Rosa entra no banho.

Aurora: Preferes ficar um pouco sozinha ou queres que eu fique contigo?

Rosa: Tu que sabes, se quiser sair pode sair.

Aurora: Aqui é tu que mandas.

Rosa permaneceu no chuveiro e Aurora acompanha-a.

Aurora: Respira, deixa a água bem na tua barriga. Isso. Deixa cair nos teus ombros, para aliviar a tensão.

Rosa estava calma, expressando tranquilidade, seguindo as orientações de Aurora, fazia carícias em sua barriga.

Orquídea retorna, entra, pára na porta do banheiro e diz: Só tinha esse avental, tiraram o meu e lá.

Aurora: Não tem problema, depois a gente troca. E a bolsa não pode entrar.

Rosa: Entra que tá frio.

Aurora: A senhora entra que depois a gente deixa a bolsa lá fora.

Orquídea: Não, pode ficar aí que eu espero aqui fora.

Aurora: Não, a senhora fica com ela, dá uma força para ela.

Ficaram no chuveiro uns 15 minutos.

Rosa desligou o chuveiro.

Aurora e Enf. estavam próximas da porta do banheiro.

Enf.: Fica mais tempo, quanto mais melhor, relaxa bastante.

Rosa ligou de novo

Ficou mais uns 15 minutos, ao sair permaneceu no corredor caminhando.

16:45

Dáfne: Rosa agora está na hora de escutar o coração do teu bebê. Quem sabe tu sentas ali na cadeira de balanço.

Dáfne realizou BCF = 140, 136 e 132.

Após Rosa diz: Eu acho que vou caminhar um pouco. (Levanta-se e começa a caminhar).

Aurora foi levar outra parturiente e acompanhante para conhecerem as salas de parto.

Rosa apresenta uma contração e agacha-se, respira corretamente e diz: Ai, acho que estou fazendo xixi. (falou meio envergonhada)

Dáfne agacha-se do seu lado e percebe que uma grande quantidade de líquido escorre por entre suas pernas.

Dáfne: Rosa, acho que isto não é xixi.

Rosa: Então a bolsa estourou.

Dáfne: É, acho que sim.

16:55, amniorrex com líquido claro.

Cessada a contração, Rosa levantou-se e Dáfne foi comunicar à Enf. que estava próxima dali. A Enf. orientou Dáfne para levar Rosa até o leito para avaliar o períneo e possível toque. Ao retornar acompanhou Rosa até o leito.

Enf.: Tu auscultasse esse bebê depois que rompeu a bolsa?

Dáfne: Não, acabou de romper.

Enf.: E antes como é que deu?

Dáfne: Deu normal.

Enf.: Vamos fazer outro BCF.

Aurora: Dáfne, faz tu para ver se o foco mudou de posição e se o bebê desceu um pouco mais.

Dáfne fez outro BCF e disse: Está normal e desceu mais um pouquinho o foco está aqui. (região mediana entre o cicatriz umbilical e o púbis).

A Enf. realiza o toque.

Enf.: Vamos ver a cabeça do bebê. Abre bem a tua perna. Faz uma força aqui embaixo, como se tivesse fazendo um cocô bem duro. Olha, já dá pra ver a cabecinha do bebê, vem ver avó. Está com 9cm mas ainda está alto.

17:25

Orquídea levanta-se, olha e diz: Já dá para ver, continua fazendo força que está indo tudo bem.

Enf.: Agora era a hora de continuar caminhando.

Aurora: Ela disse que está cansada e quer ficar na cama.

Enf.: Ela também não está conseguindo fazer a força direito, tem que ensinar, vamos mudar a posição, vamos ficar de barriga para baixo, de quatro na cama, para ajudar o bebê a nascer.

Rosa ficou de barriga para baixo de quatro fazendo força.

Durante as contrações, evacuou, urinou. Permaneceu fazendo força nesta posição durante aproximadamente 10 minutos.

Enf.: Isso mesmo, é essa a força certa, continua quando tiveres na contração.

Rosa: Agora eu estou conseguindo fazer força.

Enf., Aurora e Dáfne perceberam que abaulou o períneo.

Enf.: Ela lá escolheu o tipo de parto?

A1: Ainda não.

Enf.: Qual tu queres, deitada ou de cócoras?

Rosa: Qualquer um.

Enf.: Gostaste de ficar de cócoras?

Rosa: Gostei.

Aurora: A outra paciente também quer de cócoras, e daí?

Enf.: A primeira que for, escolhe.

Aurora: Vou ver se a outra paciente já foi para a cadeira.

Aurora sai do quarto e vê que já foi.

Aurora volta e diz: Ela já foi.

Enf.: Aurora e Dáfne levem a mesa de Pré-parto, Parto e Puerpério (PPP) para a sala 1 que eu atendo ela.

Aurora e Dáfne saíram da sala de pré-parto e foram colocar a mesa de PPP na sala 1, com a ajuda da funcionária 1. Depois de montada a mesa já chegou a paciente acompanhada da funcionária 2 e Orquídea.

Funcionária 2: Não tem lençol, tem que pegar.

Dáfne: Rosa só um pouquinho.

Funcionária 2 foi pegar o lençol, trouxe, colocou-o.

Dáfne: Aurora pega a máquina que ela deixou bater foto.

Aurora1 foi pegar a máquina e máscara, deu uma para Dáfne e uma para Orquídea.

Estavam na sala de parto além de Rosa, Orquídea, Enf., Aurora, Dáfne e funcionária 1.

Dáfne: Pode sentar. Coloca o teu pé aqui no apoio. Escolhe uma posição confortável.

Aurora: Quando tu sentires contração, vais vir para frente e fazer força. Força igual aquela que fizeste lá na outra sala, bem grande, puxa o ar e empurra o bebezinho.

Orquídea estava ao lado de Rosa e permanecia calada.

Rosa apresentou uma contração, veio para frente, segurou na barra e fez força.

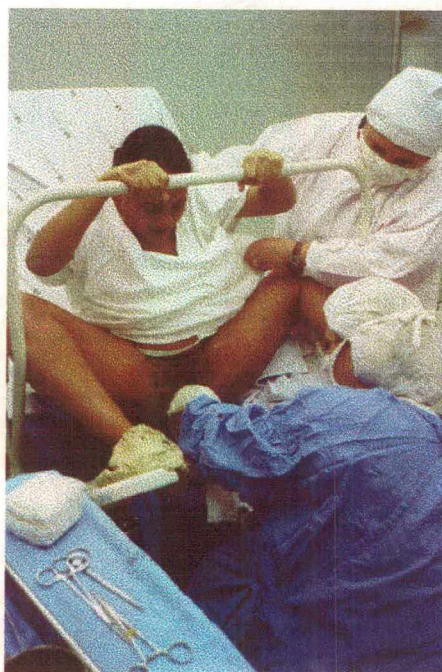
Enf. Isso, isso mesmo, já está aparecendo a cabecinha.

Orquídea sorria.

Dáfne: Passou a contração, então relaxa, encosta, respira fundo.

Outra contração iniciou, Rosa se posicionou novamente, fez força.

Neste momento a cabeça desprendeu-se.



Paturiente Rosa, acompanhante Orquídea e Enfermeira Obstétrica

Enf.: Isso continua que já vai nascer. Vem ver vó!?

Orquídea olhou, sorriu e falou: Rosa faz mais uma que já tá nascendo.

Rosa ainda estava com contração, fez mais força e...

17:34horas nasceu o bebê.





Paturiente Rosa, acompanhante Orquidea e Enfermeira Obstétrica

Rosa: É menino ou menina?

Enf.: É uma menina.

Rosa e Orquídea se olharam e se abraçaram emocionadamente.



Paturiente Rosa, acompanhante Orquidea, Enfermeira Obstétrica e Acadêmica Dáfne

Enf.: Vó chega aqui perto de mim pega essa tesoura e corta o cordão.

Orquídea sorridente perguntou: Aqui?

Enf.: Isso, aqui no meio das duas pinças.

Orquídea corta o cordão e entrega a tesoura para A2.



Paturiente Rosa, acompanhante Orquidea, Enfermeira Obstétrica e Acadêmica Dáfne

Neonatologista: Mãe nós vamos pegar o teu bebê para examinar e já colocamos em cima de ti para mamar.

Aurora: Parabéns, Rosa!

Dáfne: É uma menina!

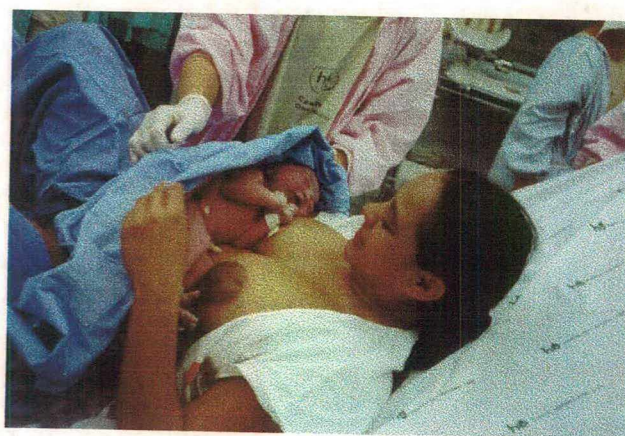
Rosa: Obrigada. (estava feliz).

Neonatologista: Olha mãe sua bebê pesou 3.100Kg

Enf.: Rosa, deu um corte aqui embaixo então eu vou ter que dar alguns pontos e agora vou dar uma anestesia para tu não sentires dor.

Aurora e Dáfne posicionam Rosa abaixando o encosto e o apoio dos pés.

A Enf. prepara o material e a Neonatologista coloca o bebê sobre Rosa.



Mãe Rosa e bebê Margarida

Rosa olha-o e diz: Olha mãinha que linda! Parece com o pai dela. É linda!

Orquídea: É mesmo linda!

Enf.: Agora vai arder um pouquinho pois a anestesia vai entrar.



Rosa durante a anestesia se contraiu um pouco mas logo relaxou.

Orquídea e Rosa apresentavam-se bem envolvidas com Margarida.

Aurora: Queres que eu tire uma foto de vocês três?

Orquídea: Quero!

Fizeram pose para a foto.

Dáfne auxiliava Rosa a amamentar percebendo certa dificuldade no manejo da mesma e diz: Coloca só o teu dedo para deixar o nariz dela livre.

Margarida não conseguia pegar e chorava.

Rosa: Não chora neném, a mamãe tá aqui.

Dáfne apaga a luz da sala e a funcionária 1 liga o foco e direcionando-o para o períneo de Rosa.

Dáfne fez a expressão da mama e percebeu que tinha presença de colostro.

Dáfne: Quem sabe a gente troca ela de mama.

Dáfne mudou-a de mama e auxiliou na pega mas Margarida não conseguia mamar.

Neste momento também percebeu que Margarida havia urinado.

A Enf. aguardava a dequitação.

A funcionária 1: Vamos levar o bebê para fazer os cuidados?

Aurora: Já se passaram 30 minutos?

Dáfne: Não.

Funcionária 1: É porque está chegando perto das 19:00 horas e a gente quer deixar tudo prontinho.

Aurora: Não te preocupas que a gente faz os cuidados.

Funcionária 1: Vocês vão fazer os cuidados e dar o banho?

Dáfne: Pode ficar tranquila que eu faço os cuidados e dou o banho.

Funcionária 1 saiu da sala contrariada.

Dáfne auxiliava Rosa na amamentação e Margarida até o momento não tinha mamado.

Passado mais 10 minutos a Enf. pergunta: O bebê está quentinho?

Dáfne: Está.

Enf.: Mas agora acho que já podes levar Margarida para receber os cuidados.

Dáfne: Margarida agora se despede da mamãe. Rosa agora ela vai para aquela sala receber os cuidados e tomar um banho. A Orquídea pode me acompanhar se quiser?!

Dáfne pega Margarida e vai para a sala de cuidados com RN. Chegando na sala a Neonatologista pergunta: Tu convidastes a acompanhante para vir aqui ver os cuidados?



Acadêmica Dáfne realizando cuidados com bebê Margarida

Dáfne: Convidei.

Neonatologista: Acho que debes ir lá e convidar de novo ela pode não ter ouvido e é legal ela assistir.

Dáfne retorna e convida Orquídea que acompanha-a.

Orquídea: Rosa eu vou ali então tá!

Rosa: Tá!

Aurora permanece na sala de parto e pergunta: Tu já viste uma placenta?

Rosa: Ui! Não, não quero nem, ver.

Aurora: Que nada, foi a placenta que alimentou a Margarida esse tempo todo e foi a bolsa que protegia Margarida, ela ficou dentro desta bolsa ficou dentro. A placenta fica presa na parede de dentro do útero.

Rosa: É mesmo! (demonstrava interesse)

Enf.: Quando ela sair eu te mostro direitinho. Aurora, que horas o bebê nasceu?

Aurora: Fazem 20 minutos.

Rosa: Vai demorar muito para sair?

Enf.: Aurora faz uma massagem no fundo do útero para ver se já está descolando.

Aurora assim o fez.

Rosa: Ai estou sentindo uma dor.

Enf.: Faz mais uma forcinha para a placenta sair.

Rosa a fez e permanecia olhando para o seu períneo.

18:00 horas a placenta dequitou.

Enquanto a Enf. segurava a placenta, Rosa olhava com interesse e curiosidade.

A Enf. colocou a placenta sobre a mesa e falou: Rosa finge que esta pinça é o bebê. Ela estava dentro desta bolsa.

Rosa: E aonde tava ligado o cordão? (referindo-se a extremidade livre dele)

Enf.: Esta parte?

Rosa: É.

Enf.: Estava ligado no umbigo do bebê!

Rosa: A é!!

Enf.: Então aqui estava o teu bebê e esta parte aqui de fora que parece um bife de fígado (aproximou a placenta de Rosa) estava grudada no teu útero, é por isso que está sangrando.

Rosa: E vai ficar sangrando muito tempo?

Aurora: Em torno de 30 dias.

Rosa: Ai, tudo isso?

Aurora: É, começa sangrando mais e vai diminuindo até fechar todos os vazinhos e parar de sangrar.

Enf.: Aurora pega o sorinho aquecido.

Aurora com o soro aquecido despeja sob o local e a Enf. limpa-a.

Funcionária 2 entra com a maca e juntamente com Aurora ajudam Rosa a passar para a mesma.

Aurora: Agora nós vamos para a SRPA esperar a tua menina.

Dáfne estava enquanto isso na sala de cuidados do RN com Orquídea.

18:10 SRPA

A funcionária 2 colocou o aparelho de pressão no braço de Rosa.

Aurora: Quando o aparelho estiver funcionando, que será de 15 em 15 minutos tente deixar o teu braço esticado, depois pode dobrá-lo.



Rosa: Tá bom.

Aurora percebeu que Rosa passava a língua nos lábios e perguntou: Queres água?

Rosa: Já pode tomar?

Aurora: Pode.

Rosa: Então eu quero.

Aurora retirou-se da sala e foi pegar.

Aurora: Aqui está tua água. Aurora ajuda a levantar a cabeça de Rosa e ela toma toda a água do copo e fala: Que delícia!

Após um breve silêncio...

Rosa: Eu estou com cólica forte.

Aurora: Vou ver se a prescrição já está pronta.

Aurora saiu e foi falar com a Enf., ela disse para perguntar à médica que por sua vez disse para esperar um pouco para avaliá-la. Aurora voltou a falar com a Enf. e a mesma prescreveu um placebo, água com 2 gotas de buscopan. Aurora preparou o placebo e voltou na SRPA.

Aurora: Rosa, aqui está o teu remédio.

Rosa tomou e perguntou: Que remédio é esse, novalgina?

Aurora: Não, buscopan, é parecido com a novalgina.

Aurora falou através de mímica para a funcionária 1 que era um placebo, que depois a médica iria prescrever.

18:25

Funcionária 2: Vou verificar a altura do teu útero e o teu sangramento e falou: Está tudo certo.

Aurora percebeu que Rosa estava muito cansada e falou: Vou ficar aqui do teu lado, tenta descansar um pouco, pelo menos continua com os teus olhos fechados e relaxa, qualquer coisa estou aqui.

Rosa: Vai ser difícil dormir com essa dor.

Aurora: Agora tu vais poder dormir.

Funcionária 2: Ela está te enganando, agora é que tu não vais descansar, fica cada vez mais difícil, tens que aproveitar o tempo que o teu bebê dorme para dormir também, não vai querer limpar a casa enquanto ele dorme que tu não vas descansar é nunca.

Rosa: Ainda estou com dor.

Funcionária 2 comentando com funcionária 1: Ela não vai tomar remédio? Ainda não tem a prescrição?

Aurora: Ela já tomou. Falando tentando despistar.

Aurora deixou-a descansar permanecendo ao lado dela sem conversar. Rosa estava bem tranqüila e tentando realmente dormir.

Funcionária 1, funcionária 2 e funcionária 3 começaram a conversar ao lado do leito de Rosa dentro da SRPA.

Aurora: Meninas, vocês não se importam de ir conversar ali fora? Deixa que eu fico aqui e anoto os sinais vitais e qualquer outra coisa que ela precisar, é que ela já está sem dormir a noite toda e está bem cansada.

As funcionárias foram para outra sala, deixando-nos a sós. Aurora fechou a porta da SRPA que vai dar no corredor.

Rosa: Tu és mesmo maravilhosa, obrigada, obrigada mesmo.

Aurora: Que bom ouvir isso, é isso que nós queremos com o nosso trabalho, o parto sendo uma experiência maravilhosa, como um evento muito feliz.

Rosa: Obrigada.

Aurora: Tenta descascar um pouquinho que daqui a pouco o teu bebê chega.

Rosa permaneceu de olhos fechados e descansou, respirando bem profundo.

Aurora foi falar com as meninas a respeito do placebo, e a médica estava passando por ali, também comentou do placebo e achou a idéia legal. Pedi então para ela um medicamento e ela prescreveu 40 gotas de buscopan. Aurora preparou o remédio.

18:40

Aurora: Agora vem outro remédio, um pouquinho mais forte, vamos ver se vai melhorar.

Rosa: Ai que bom, só preciso que passe essa dor para eu descascar. Parece que está saindo um líquido lá de baixo.

Aurora: É normal, está sangrando, lembra aquela parte da tua placenta que estava grudada em ti, todos os vazinhos estão sangrando e fechando devagar e a cólica é o teu útero que está voltando ao tamanho normal.

Rosa: Vai ficar doendo muito?

Aurora: Agora vai cada vez mais diminuir a dor.

Pausa.

Aurora percebe um barulho no corredor.



Funcionária 4: Pode abrir a porta que a outra paciente está chegando.

Aurora abre a porta e percebe que funcionária 5 está trazendo outra paciente sozinha, Aurora sai da SRPA e vai ajudá-la.

Enquanto isso Dáfne estava com Orquídea e Margarida na sala de cuidados do RN.

A Neonatologista avaliava Margarida e Orquídea prestava atenção em tudo.

Neste momento outro bebê foi trazido e Orquídea conversou com acompanhante do outro bebê. Trocaram elogios.

Dáfne iniciou os cuidados e Orquídea veio para perto.

Orquídea: Ela é bem grande né?

Dáfne: É!

Dáfne pediu para Orquídea segurar Margarida enquanto ia administrar o Kanakion.

Orquídea: Já tão pequeninha e vai tomar injeção.

Dáfne aguardou um pouco para ver se ela questionava o por quê. Como não o fez, perguntou: A senhora sabe por que ela tem que tomar essa injeção?

Orquídea disse que não e Dáfne explicou.

Dáfne administrou o colírio nitrato de prata e também explicou o por quê.

Dáfne: Orquídea agora eu vou passar uma sonda no nariz da Margarida que vai até o estômago dela.

Orquídea: É para limpar a barriguinha dela né?

Dáfne: É!

Foi retirado 2ml de líquido claro.

Após Dáfne verificava os sinais vitais e enquanto isso Orquídea olhava Margarida e conversava: Tão bonitinha, olha a vovó!

Dáfne preparou o material para o banho em Margarida.

Lavou primeiro a cabecinha, enxugou e após lavou o corpo. Margarida se deliciava.

Orquídea olhava sorridente e atenta a tudo.

Dáfne enxugou Margarida e Orquídea tirava fotos.

Dáfne: Orquídea a senhora quer colocar a roupa nela?

Orquídea: Já faz tanto tempo, mas quero sim. (colocava a roupa delicadamente)

Dáfne apenas observava. Orquídea terminou, Dáfne penteou o cabelo de Margarida com uma escova, enrolou-a no cobertor e colocou-a no colo de Orquídea.

Dáfne: Vamos agora levar Margarida para a Rosa?

Orquídea: Vamos!

18:50

Dáfne: Olha quem está chegando aqui?!

Orquídea: Olha que coisa mais linda!!! Ela é uma gracinha, muito linda.

Rosa vira-se para enxergar e é a Marg. que está chegando.

Dáfne: Vamos colocar ela para mamar que ela está morrendo de fome.

Aurora levanta um pouco a cabeceira da cama de Rosa.

Dáfne coloca-a em uma boa posição para mamar.



Mãe Rosa, bebê Margarida, acadêmicas Dáfne e Aurora, enfermeira Obstrétrica e acompanhante Orquídea

Aurora: Quem sabe tu não abaixas o teu braço, se não tu vais te cansar de ficar assim.

Rosa: Eu só quero ver ela pegar o seio direitinho.

Com a ajuda de todas, conseguimos que Margarida começasse a mamar para a felicidade de todas.

Aurora: Bem, agora que já estamos no agito de novo e que a Rosa já descansou um pouquinho vou fazer algumas perguntas.

Rosa: Ah,. Agora pode fazer qualquer pergunta.

Aurora: Como foi estar acompanhada por alguém escolhido por você durante o trabalho de parto e parto?



Rosa: É maravilhoso, muito bom, se o meu marido tivesse do lado não sei se eu iria ficar tão segura, sou muito feliz e agradecida.

Orquídea: É bom ter alguém conhecido.

Aurora: Você recomendaria a presença de um acompanhante a outras parturientes?

Rosa: Com certeza. Dá segurança, ajudou lógico, a gente fica mais a vontade.

Aurora: Como se sentiram durante a experiência do processo de parir? (aspectos positivos e negativos)

Rosa: Fiquei feliz quando a bolsa estourou porque daí me deu a certeza que eu não iria mais ter que esperar muito tempo. Teve horas que seu estava quase desistindo

Orquídea: Feliz, muito legal, se bem que ela sofreu um pouquinho, mas deu tudo certo.

Aurora: Como se sentiram após conhecer o ambiente do Centro Obstétrico?

Rosa: Eu gostei, tanto que eu nunca tinha visto uma cadeira de cócoras, se eu não tivesse visto talvez nunca teria escolhido.

Aurora: O que significou o parto para vocês?

Rosa: uma nova vida.

Aurora: Qual vida?

Rosa: Até a minha, parece que a mamãe nasceu de novo e virou criança junto com o neném, né minha filha (olhando para Margarida com um sorriso lindo).

Aurora: A experiência de ter acompanhando o parto foi: ótima, boa, regular, ruim ou indiferente/ outras?

Orquídea: Foi ótima, eu adoro essas coisas, se não fosse tão velha ia estudar para enfermagem. Credo, eu adoro, adoro uma mulher grávida, acho lindo.

Aurora: Na experiência de acompanhar o parto: colaborou com a parturiente no que foi possível, não colaborou em nada ou “matou” a curiosidade sobre o parto?

Orquídea: Colaborei, nossa, eu adorei assistir o parto, pra mim foi muito importante. A madrinha dela veio aqui e quis trocar para ficar com ela durante o parto e eu não deixei, não quis trocar.

Aurora: Como acompanhante, considerou sua participação importante? Sim, não e por quê?

Orquídea: Sim, ela ficou mais contente, mais a vontade, adorei assistir. Acho uma coisa linda.

Aurora: Rosa, como se sentiu ao receber o bebê para o primeiro contato pele a pele e amamentação nos primeiros trinta minutos após o parto?

Rosa pensou e disse: Me senti mãe pela primeira vez maravilhoso, nem sei explicar , uma emoção (olhando para Margarida)

Dáfne: Como se sentiram em relação ao cuidado de enfermagem prestado no CO?

Rosa.: Gostei bastante.

Orquídea: Muito ótimo, também, gostei bastante.

Dáfne: O que vocês acharam a respeito de receber parte do cuidado de enfermagem por nós acadêmicas?

Rosa: Adorei, gostei bastante, desculpa o rolo que eu fiz, se eu dei muito trabalho...

Aurora: Não deu trabalho nenhum, foi ótimo estar contigo.

Orquídea.: Eu achei legal, é sempre mais uma garantia.

Dáfne: Vocês gostariam de contribuir com sugestões referentes aos cuidados oferecidos no CO?

Orquídea: Está tudo bom, muito atenciosas.

Rosa: Tomara que vocês continuem assim, dá muita força, segurança, é muito importante. Obrigada.

Aurora: Que bom, é bom saber disso.

Dáfne: O que achaste das massagens?

Rosa Quem fez?

Aurora: A maior parte das vezes foi Dáfne.

Rosa: No final ardeu um pouco porque eu estava com a pele seca mas aliviou bastante, e também quando passaste hidratante, me ajudou bastante.

Dáfne: O que achaste do parto de cócoras?

Rosa: A médica fez aquela posição, se ela não tivesse feito e me ajudado talvez eu teria continuado mais tempo lá iria demorar mais um pouquinho.

Dáfne: Desculpar te corrigir, mas ela não é médica, é enfermeira obstetra, ela fez especialização e pode fazer parto normal, foi ela também que fez o teu parto.

Rosa: Puxa, gostei dela, gostei muito.

Orquídea: Eu também, gostei bastante.

Rosa: Foi ali que eu decidi de cócoras, isso graças a vocês todas, que me ensinaram e eu gostei bastante.

Rosa: Ela é bem, cabeluda.

Orquídea: E ela nem teve azia.

Dáfne: Por que, o que tem a azia?

Orquídea.: É que quando o bebê é muito cabeludo dizem que a mulher tem muita azia.

Rosa: Mas eu não tive nada, tive uma gravidez bem tranqüila, maravilhosa.

Orquídea: Só no final que médico deu buscopan par dor nas costas, mas eu disse para ela não tomar muito.

Aurora: Vocês foram muito importantes para o nosso trabalho, obrigada.

Dáfne: Muito obrigada mesmo.

Funcionária 3: Vocês vão ficar a noite?

Aurora: Não, daqui a pouco estamos indo.

Funcionária 3: Mas se quiserem podem ficar, hoje é o ultimo dia que eu vou ver vocês porque estou saindo de férias.

Aurora: E a festinha de despedida, tu tens que estar aqui, deixa eu pegar o teu telefone para te ligar

Dáfne: E nós queríamos que tu estivesse na nossa apresentação também. Me dá o teu telefone.

Aurora anotou o telefone.

Dáfne: E vocês também tem que estar na nossa apresentação.(referindo-se a Rosa e Orquídea).

Aurora: Deixa eu anotar também o de vocês.

Aurora: Ah, e o apelido.

Rosa: Eu não quero que a minha filha tenha apelido.

Aurora: Não é para ela, é para o nosso trabalho, par vocês três. Um pra cada uma. Qual a tua flor favorita?

Rosa: É uma azul, mas eu não sei o nome.

Aurora: Íris?

Rosa: Não.

Orquídea: Flor.... rosa

Dáfne: Rosa para quem?

Rosa: Eu gosto de Rosa.



Dáfne: Então tu vais ser Rosa o que tu achas? (perguntando a parturiente)

Rosa: Pode ser.

Aurora: E tu, vamos escolher uma flor...

Orquídea: Eu gosto de Orquídea. (disse a acompanhante)

Aurora: E para ela. (apontado para o bebê.)

Todas pensando...

Orquídea: Margarida

Rosa: Margarida eu gosto

Aurora: Então, a Rosa, Orquídea e Margarida vão estar presentes no nosso trabalho.

Dáfne: Nós já estamos indo. Muito obrigada.

Rosa: Muito obrigada vocês, eu não vou nunca esquecer de vocês, nunca. Quero tirar uma foto com vocês.

Orquídea: Acabou o filme.

Aurora: Tira na minha máquina que depois nós tiramos uma cópia pra ti.

Rosa: Está bom então.

Aurora chamou um estudante de medicina para bater a foto.

Aurora: Sorriam...

Rosa: Eu queria muito que vocês fossem me visitar no quarto para tirar foto com vocês.

Dáfne: Nós vamos tentar ir antes ou depois do nosso estágio de amanhã.

Dáfne: Então até amanhã...

Ao final do outro dia de estágio fomos ao Alojamento Conjunto e visitamos Rosa. Ela estava sozinha com Margarida deitada na cama. Ficou muito feliz em nos ver, conversamos um pouco e tiramos fotos. Rosa reafirmou que nossa presença foi muito importante para ela e que nunca irá esquecer de nós e nosso trabalho.



Rosa, Margarida, Aurora e Dáfne

Agradecemos novamente a oportunidade nos dada e saímos do quarto felizes em poder ter oferecido um cuidado humanizado. Além de recebido através de palavras de agradecimentos, gestos e expressões o reconhecimento do mesmo.



Identif

Levantam Dado	Rosa cobre e em alguns to s fechava a como por durante o mento de DU
Dáfnie: “ Já o tipo de par Rosa: “ Ainda	

Levantamento de Dados	Diversidades e/ou universalidades culturais do cuidado	Diagnóstico de enfermagem à partir das diversidades e universalidades culturais do cuidado	Cuidado de Enfermagem desenvolvido a partir do diagnóstico efetuado	Avaliação do cuidado cultural	Reflexões
Ao chegarmos no Centro Obstétrico logo após a passagem de plantão e escolhido a parturiente a Enfermeira realizou o toque e disse: "Ela está com 6 cm de dilatação, mas o bebê ainda está alto."	Cabeça fetal alta	Cabeça fetal alta em decorrência da permanência de Rosa no leito e evolução lenta do trabalho de parto. Necessidade de adaptação de mudança da posição e incentivo quanto a deambulação.	Através de conversas e reflexões. Orientamos que o melhor a fazer é caminhar, sair um pouco da cama, que a posição deitada é mais difícil para o bebê descer. Reafirmamos nossa presença na caminhada e orientamos o local apropriado para deambular dentro do Centro Obstétrico	Mudança da posição para deambular e da posição deitada. Adaptação.	A permanência por várias horas no leito ocasiona a evolução lenta do trabalho de parto.
Respirava durante e após as contrações com um pouco de dificuldade.	Dificuldade respiratória.	Necessidade de melhoria da adaptação da respiração. Provavelmente devido a obstrução nasal por acúmulo de secreção.	Questionada sobre a dificuldade respiratória e da possibilidade da utilização de um descongestionante nasal.	Rosa aceitou a sugestão, a mesma obteve melhora do quadro e agradeceu-nos. Adaptação.	A observação neste caso foi muito importante, talvez se não tivéssemos a dificuldade respiratória, Rosa não teria questionado.

Levantamento de Dados	Diversidades e/ou universalidades culturais do cuidado	Diagnóstico de Enfermagem à partir das diversidades e universalidades culturais do cuidado.	Cuidado de Enfermagem desenvolvido a partir do diagnóstico efetivado	Avaliação do cuidado do cultural	Reflexões
Aurora percebeu nesta hora que Rosa não respirava adequadamente durante as contrações, pois prendia o ar e contraía-se.	Respiração inadequada.	Necessidade de adaptação da respiração.	Sugerimos a maneira correta da respiração e realizamos a técnica juntamente com Rosa, incentivando-a a continuar, adequando ao seu ritmo.	Durante as contrações constatamos que Rosa respirava conforme as orientações fornecidas. Adaptação.	Mesmo conhecendo a maneira mais adequada de respirar, respeitávamos a individualidade quanto a forma de respirar de cada parturiente.
Rosa: "Eu estou cansada, não dormi a noite inteira."  Durante a coleta de dados Rosa demorava para responder as perguntas.	Cansaço pelo trabalho de parto.	Necessidade de sono e repouso.	Conversamos, orientamos, fizemos o relaxamento com alguns tipos de massagem na região lombossacral e nos ombros a fim de diminuir a tensão. Sugerido sentar na cadeira de balanço. Depois foi orientada a tomar banho e proporcionamos ambiente tranquilo.	Rosa aceitou a sugestão de sentar na cadeira e ali permaneceu por algumas horas recebendo massagem na região lombossacral. Referia estar gostando muito da massagem. Depois aceitou a sugestão e tomou banho.	O cansaço no trabalho de parto além de gerar tensão, desconforto pode acarretar em uma evolução lenta do mesmo.

<b>Levantamento de Dados</b>	Questionamento de Rosa frente o procedimento de BCF: “Precisa ir para a cama?”	<b>Diversidades e/ou universalidades culturais do cuidado</b>	Percepção de que “para realização de procedimentos deve-se deitar na cama”.	<b>Diagnóstico de Enfermagem à partir das diversidades e universalidades culturais do cuidado.</b>	Necessidade de adaptação quanto a informação sobre o local da realização deste procedimento.	<b>Cuidado de Enfermagem desenvolvido a partir d diagnóstico efetuado</b>	Conversas e esclarecimentos quanto a posição durante os procedimentos. A partir deste momento realizávamos os procedimentos de acordo com o local onde ela estava, proporcionando conforto e assim desincentivando a restrição ao leito.	<b>Avaliação do cuidado do cultural</b>	Adaptação da posição durante os procedimentos pois Rosa não mais questionava ir para cama para serem realizados.	<b>Reflexões</b>	Alguns profissionais para conforto próprio realizam os procedimento de DU, BCF e CVS, no leito. Sabe-se que isto é desnecessário, uma vez que é tão importante para a mulher em trabalho de parto não permanecer restrita ao leito.. Por que será que não modificam sua atuação?
------------------------------	--	---	---	--	--	---	--	---	--	------------------	--

Levantamento de Dados	Diversidades e/ou universalidades culturais do cuidado	Diagnóstico de Enfermagem à partir das diversidades e universalidades culturais do cuidado.	Cuidado de Enfermagem desenvolvido a partir do diagnóstico efetuado	Avaliação do cuidado do cultural	Reflexões
Resposta de Orquídea frente aos cuidados pós-parto: “Eu cuidava para não pegar peso. Tomava banho mas não lavava a cabeça. Fiquei assim durante o resguardo todo.” Aurora: “Quanto tempo era o resguardo?” Orquídea: “Era 40 dias para menino e 30 para menina.” Aurora: “Por que era assim?” Orquídea: “Porque era, todo mundo fazia assim.”	Crença acerca do puerpério com relação a hábitos passado de geração a geração e culturalmente.	Necessidade de adaptação da informação quanto os hábitos durante o puerpério.	Conversamos sobre os cuidados de antenatal e os de hoje em dia, justificando cientificamente as possíveis consequências dos hábitos antigos como por exemplo de não lavar a cabeça, pegar vento etc.	Orquídea demonstrava interesse e receptividade quanto a conversa.	Hábitos do puerpério são extremamente ligados a cultura, deste modo não podemos afirmar que nossa conversa informal obteve algum sucesso.

Levantamento de Dados	Diversidades e/ou universalidades culturais do cuidado	Diagnóstico de Enfermagem à partir das diversidades e universalidades culturais do cuidado.	Cuidado de Enfermagem desenvolvido a partir do diagnóstico efetuado	Avaliação do cuidado do cultural	Reflexões
Após uma contração intensa Rosa começou a chorar e disse: “Acho que não vou aguentar mais. Tá doendo muito”	Dor, cansaço e ansiedade no trabalho de parto.	Necessidade de adaptação da percepção e necessidade de apoio emocional, incentivo, carinho, palavras confortantes e relaxamento.	Conversamos, oferecemos incentivo, seguramos sua mão, fornecemos atenção e apoio. Reafirmamos a sua função de mãe e que tudo daria certo. Recomeçamos massagem. E em outro momento foi colocado compressa quente em baixo ventre.	Rosa foi ficando mais tranquila, menos tensa e parou de chorar. Percebemos que Rosa sentiu-se mais segura e atuante durante todo o processo de parir. Adaptação	Através de um cuidado humanizado com apoio, atenção, incentivo, palavras confortantes, juntamente com massagens e banhos percebemos que estes cuidados atenuam os momentos de aflição, ansiedade e dor; momentos estes que verificamos estar presente em um grande número de parturientes.

Levantamento de Dados	Diversidades e/ou universalidades culturais do cuidado	Diagnóstico de Enfermagem a partir das diversidades e universalidades culturais do cuidado.	Cuidado de Enfermagem desenvolvido a partir do diagnóstico efetuado	Avaliação do cuidado do cultural	Reflexões
Rosa refere: "Estou com vontade de fazer cocô."	Relato de um novo sintoma.	Trabalho de parto em evolução, provavelmente devido a insinuação da cabeça fetal. Necessidade de adaptação da percepção e necessidade de esclarecimento.	Explicação do porque deste sintoma. Perseguido quanto a realização da lavagem intestinal e em decorrência de uma resposta positiva, foi pedido a Rosa que deitasse no leito para avaliação da região perineal.	Rosa não mais perguntou sobre o assunto, após o esclarecimento de que se tratava de um sintoma normal frente ao trabalho de parto. Adaptação?	Compreensão?
Fala de Rosa frente a massagem realizada por Dáfne: "Não, não, está doendo. Acho que minha pele está muito seca."	Dor.	Necessidade de exame físico.	Paramos de realizar massagem. Através do exame físico observamos que a pele de Rosa apresentava-se ressecada pelo clima de inverno e múltiplas manobras de massagem. Aplicamos hidratante.	Rosa referiu melhora do desconforto após aplicação de hidratante	Cuidado eficiente.

Levantamento de dados	Diversidades e/ou universalidades culturais do cuidado	Diagnóstico de Enfermagem à partir das diversidades e universalidades culturais do cuidado.	Cuidado de Enfermagem desenvolvido a partir do diagnóstico efetivado	Avaliação do cuidado cultural	Reflexões
Após algumas horas caminhando e ficando de cócoras, Rosa volta para o leito e Dáfne percebe que Rosa quando deitada permanecia na posição supina.	Retorno a posição inicial.	Necessidade de adaptação da posição e necessidade de reorientação.	Conversa e incentivo para que a mesma caminhasse. Frente a uma resposta negativa devido ao cansaço Rosa foi orientada que quando no leito ela permanecesse deitada do lado esquerdo e explicado o porquê disto.	Percebemos que Rosa enquanto deitada permanecia de lado esquerdo preferencialmente. Adaptação.	É importante uma orientação bem reforçada e com fundamentação científica para que as parturientes entendam o porquê deste cuidado quanto a evitar a posição supina.
Fala de Aurora frente ao início de um relato: “Vou colocar essa compressa...” Rosa: “Compressa, o que é isso?” (Perguntou um pouco assustada)	Não entendimento.	Necessidade de adequar os termos técnicos.	Explicamos o significado de compressa e a partir deste momento ficamos mais atenta a nossa linguagem científica.	Conseguimos adequar a nossa forma de falar, evitando termos científicos.	Estamos tão habituados ao linguajar profissional que às vezes nos esquecemos de decodificá-lo. É importante fazer esta decodificação pois o não entendimento provoca ansiedades e preocupações.



Levantamento de Dados	Diversidades e universalidades culturais do cuidado	Diagnóstico de Enfermagem à partir das diversidades e universalidades culturais do cuidado.	Cuidado de Enfermagem desenvolvido a partir do diagnóstico efetuado	Avaliação do cuidado cultural	Reflexões
<p>Durante o exame de toque Rosa expressava desconforto e feição de dor, se contraía e fechava as pernas. Posteriormente percebemos um certo nível de tensão em Rosa.</p>	<p>Dor local, desconforto, pudor e tensão.</p>	<p>Necessidade de adaptação durante o toque e necessidade de relaxamento, compreensão da importância do exame e de privacidade.</p>	<p>Conversamos e orientamos para que ela tentasse relaxar durante o exame, para separar bem os joelhos. Cobriamos Rosa com o lençol durante o procedimento. Proposto um banho bem demorado, deixando a água cair na barriga e nos ombros de Rosa para ajudar no relaxamento. Após o banho Rosa voltou a caminhar no corredor, sentava na cadeira de balanço em alguns momentos e durante as contrações ficava na posição de cócoras.</p>	<p>Percebemos que durante o toque Rosa não conseguia relaxar. Após o banho percebemos diminuição do nível de tensão e melhora do estado geral.</p>	<p>Durante nossa caminhada percebemos que o banho é um artifício utilizado para o alívio da dor e tensão e que provoca grande melhora não só desses aspectos mas também do estado geral renovando as energias, dando a parturiente mais força para continuar, além de contribuir na evolução do trabalho de parto.</p>

Levantamento de Dados	Diversidades e/ou universalidades culturais do cuidado	Diagnóstico de Enfermagem à partir das diversidades e universalidades culturais do cuidado.	Cuidado de Enfermagem desenvolvido a partir do diagnóstico efetuado	Avaliação do cuidado cultural	Reflexões
Durante uma contração na posição de cócoras Rosa fala: “Ai, acho que estou fazendo do xixi.” (falou meio envergonhada)	Relata estar fazendo xixi.	Necessidade de adaptação da percepção e necessidade de informação.	Orientada quando ao rompimento da bolsa e suas repercussões como a utilização de forrinho, onde entram-se os meses e quando devem ser trocados.	Observamos um certo alívio em Rosa por saber que não estava urinando e sim se tratando de um acontecimento fisiológico. Adaptação.	Rosa apresentou-se mais aliviada após o rompimento da bolsa. De um modo geral podemos dizer que as parturientes acreditam que após rompida a bolsa o bebê vai nascer logo.
Enfermeira ressalta após o toque que Rosa já está com 9 cm, porém, o bebê está alto e percebe que a mesma não direciona a força para o perineo.	Bebê alto e força inadequada.	Necessidade de adaptação da posição e orientação quanto a força ideal.	Incentivamos Rosa a sair da cama e caminhar, porém, o cansaço já não mais permitia. Então sugerimos ficar de quatro na cama, de barriga para baixo.	Rosa aceitou a posição, começou a direcionar as forças para o períneo e ressaltou estar gostando da posição e que esta favorecia o direcionamento da força. Adaptação.	Algumas posições alternativas favorecem o direcionamento da força, não comprimem os grandes vasos, aliviam a dor e tensão lombossacral, além de podem ser utilizadas como excelentes posições para parir.

Levantamento de Dados	Diversidades e/ou universalidades culturais do cuidado	Diagnóstico de Enfermagem à partir das diversidades e universalidades culturais do cuidado.	Cuidado de enfermagem desenvolvido a partir do diagnóstico efetuado	Avaliação do cuidado cultural	Reflexões
Fala da Enf ao avaliar o períneo após o parto: "Deu um corte aqui em baixo então eu vou ter que dar alguns pontos."	Corte no períneo.	Necessidade de reparo cutâneo.	Orientada sobre o corte, anestesia, pontos e sensibilidade. Durante o procedimento orientada quanto aos cuidados com os pontos, de não utilizar papel higiênico e sempre após urinar e evacuar lavar a região com água e sabão.	Rosa demonstrava interesse nas orientações. Após a episiorrafia ficou na posição de cócoras para a dequitação e a Enf. mostrou-lhe a sutura.	É muito importante que estes cuidados com o períneo sejam orientados às parturientes.
Dáfnie percebe que Rosa não posicionava o bebê corretamente para mamar.	Manejo da amamentação	Necessidade de adaptação do manejo da amamentação.	Orientada quanto ao posicionamento correto do bebê, pega da região mamilo-areolar, para oferecer amamentação em livre demanda e como retirar Margarida da mama.	Nas mamadas subsequentes percebemos melhora do manejo da amamentação. Adaptação	A orientação dada ainda no CO é muito importante, principalmente em primíparas uma vez que não tiveram experiências anteriores.

Levantamento de Dados	Diversidades e/ou universalidades culturais do cuidado	Diagnóstico de Enfermagem à partir das diversidades e universalidades culturais do cuidado.	Cuidado de Enfermagem desenvolvido a partir do diagnóstico efetuado	Avaliação do cuidado cultural	Reflexões
Aurora: "Tu já viste uma placenta?" Rosa: "Uí! Não, nem quero ver."	Medo, repulsão em relação a placenta.	Necessidade de repadronização para obter informação e conhecimento sobre a placenta.	Orientada quanto a sua importância e o seu papel no desenvolvimento do bebê. Na dequitação a Enf. e acadêmicas explicaram sobre sua localização, partes, funções, localização do bebê e sangramento mostrando a placenta a Rosa.	Após explicações apresentava-se curiosa e permanecia olhando para o seu períneo. Durante as explicações olhava a placenta, prestava bastante atenção e até fez perguntas. Repadronização	A maioria da parturientes desconhecem sua importância e não expressam vontade de conhecer, ver e saber a respeito da placenta. Porém sentem-se motivadas e prestam atenção durante as informações.
Pergunta frente explicações da placenta Rosa: "E aonde tava ligado o cordão?"	Curiosidade frente um assunto até então desconhecido.	Necessidade de adaptação da informação.	Explicada novamente as partes da placenta e onde essas se fixam.	Rosa olhava com interesse e curiosidade. Adaptação	Acreditamos que no pré-natal deveria ser explicado sobre os aspectos anátomo-fisiológicas do período do gravídico.
Pergunta frente ao sangramento Rosa: "E vai ficar sangrando muito tempo?"	Preocupação ou apelas um questionamento	Necessidade de adaptação da informação.	Orientada quanto ao sangramento, quantidade, cor, características e duração.	Adaptação	Orientações insuficientes prestadas no pré-natal?

Levantamento de Dados	Diversidades e/ou universalidades culturais do cuidado	Diagnóstico de Enfermagem à partir das diversidades e universalidades culturais do cuidado.	Cuidado de Enfermagem desenvolvido a partir do diagnóstico efetuado	Avaliação do cuidado cultural	Reflexões
Na SRPA Aurora percebeu que Rosa passava a língua nos lábios e perguntou: “Estás com sede? Queres água?” Rosa: “Já pode tomar?” Aurora: “Pode.” Rosa: “Então eu quero.”	Sede e não questionamento.	Necessidade de adaptação da e informação e necessidade de hidratação.	Orientada de que pode tomar água a vontade e orientada que isto não traz nenhum malefício. Oferecido água. Explicado que se precisar de alguma coisa seria apenas chamar.	Pediu água ainda umas duas vezes e mostrou-se mais a vontade para fazer questionamentos. Adaptação	Parturientes internam e não questionam de maneira alguma. Não sentem liberdade para questionar. Será que isso é uma característica delas frente ao parto institucionalizado ou uma falha da equipe em deixá-la a vontade para questionar?
Rosa: “Eu estou com cólica forte.”	Dor	Necessidade de alívio da dor.	Explicado que a cólica era um sintoma relacionado à involução uterina. Enf. sugeriu um placebo por falta de prescrição médica. Após prescrição administrado medicação analgésica.	Observado não alívio da dor após administração do placebo. Porém, após o analgésico houve diminuição dos relatos de dor.	

Levantamento de Dados	Diversidades e/ou universalidades culturais do cuidado	Diagnóstico de Enfermagem à partir das diversidades e universalidades culturais do cuidado.	Cuidado de Enfermagem desenvolvido a partir do diagnóstico efetuado	Avaliação do cuidado cultural	Reflexões
Na SRPA Rosa disse: “Parece que está saindo um líquido lá de baixo.”	Percepção do sangramento	Necessidade de adaptação para o esclarecimento do questionamento.	Reforçado que o sangramento é uma característica normal do puerpério e explicado sua causa.	Rosa demonstrou compreensão. Adaptação	Durante nossa caminhada procurávamos sempre orientar e esclarecer dúvidas.
Aurora percebeu que Rosa estava muito cansada na SRPA.	Cansaço.	Necessidade de sono e repouso.	Proporcionado ambiente tranquilo, apagou as luzes, pediu para as funcionárias deixarem Rosa e Aurora sozinhas e Aurora ofereceu-lhe palavras confortantes para descansar e permaneceu quieta ao seu lado.	Fala de Rosa frente os cuidados de Aurora: “Tu és mesmo maravilhosa, obrigada, obrigada mesmo.”.	O cuidado humanizado deve sempre ser priorizado, sendo muito gratificante o reconhecimento do mesmo.

<b>Levantamento de Dados</b>	<b>Diversidades e/ou universalidades culturais do cuidado</b>	<b>Diagnóstico de Enfermagem à partir das diversidades e universalidades culturais do cuidado.</b>	<b>Cuidado de Enfermagem, desenvolvimento a partir do diagnóstico efetuado</b>	<b>Avaliação do cuidado cultural</b>	<b>Reflexões</b>
Fala de Orquídea frente a administração de Kanakion: “Já tão pequenininha e vai tomar injeção.”	Medo frente a injeção e desconhecimento dos primeiros cuidados com o RN.	Necessidade de adaptação das informações sobre os cuidados com o RN e necessidade de orientação.	Orientada os cuidados com o RN, sua importância e para que servem. Estimulada a ajudar nos cuidados com Margari-da, como secá-la e vesti-la após o banho.	Orquídea não questionava sobre os cuidados mas prestou bastante atenção nas orientações. Durante os cuidados auxiliados expressava felicidade e orgulho. Adaptação	Vimos que a maioria das parturientes e acompanhantes desconhecem os primeiros cuidados com o RN.
Frente a um questionamento Rosa referiu a Enf. como sendo a médica.	Engano	Necessidade de informação quanto aos membros da equipe multidisciplinar.	Orientada quanto a equipe, quem a compõem e quais as pessoas que prestaram assistência a Rosa.	Rosa percebeu seu engano. Em seguida prosseguiu com os elogios à Enf. e acadêmicas.	Percebemos que as parturientes e acompanhantes não estão informados quanto aos membros da equipe e não conseguem distingui-los. Será que falta apresentação, uso de crachá?
Dáfnie: “Ela é bem, cabeluda.” Orquídea: “E ela nem teve azia.”	Crença relacionando azia e bebê com bastante cabelo.	Necessidade de preservar a crença referida.	Conversamos e Orquídea nos explicou relação.	Preservada a crença.	Esta crença não traz malefícios, sendo portanto preservada.



#### 7.1.4 Objetivo N.º 4

**Contribuir para implementação dos 08 (oito) passos para a Maternidade Segura e para a manutenção dos 10 (dez) passos, para o Sucesso do Aleitamento Materno Organização Mundial da Saúde(OMS)/UNICEF, dando ênfase aos que estão relacionados ao Centro Obstétrico.**

A Maternidade Segura é um projeto que visa através de um conjunto de ações denominadas “8 passos” sensibilizar os profissionais de saúde quanto aos cuidados com a mulher na saúde reprodutiva e também em relação à assistência ao RN.(Anexo 5)

Quanto a implementação dos 08 (oito) Passos para a Maternidade Segura, podemos dizer que garantíamos assistência de enfermagem durante o pré-parto, parto e puerpério imediato, incentivamos o parto normal e humanizado e o treinamento da equipe para a implementação das rotinas está acontecendo no curso de treinamento para a Maternidade Segura do qual estamos participando.

Referente ao primeiro passo “**Garantir informação sobre saúde reprodutiva e direitos da mulher**”, destacamos as orientações que fornecíamos as parturientes sobre todos os eventos que permeiam o trabalho de parto como a perda do tampão mucoso, rompimento da bolsa, as contrações, os tipos de parto, bem como informações aos familiares pelo telefone; assistência ao parto como oferecer apoio, orientações quanto o momento certo de fazer força; realizávamos assistência imediata ao RN incentivando a presença do acompanhante durante a mesma; orientações sobre a importância do aleitamento materno e da participação do pai e da família. Ressaltávamos que era direito exclusivo de cada parturiente a decisão de opção pelo tipo de parto normal.

Em relação ao segundo passo “**Garantir assistência durante a gravidez, parto e puerpério, bem como ao planejamento familiar**”, prestávamos assistência as parturientes durante o trabalho de parto como verificação de sinais vitais, ausculta dos batimentos cardíaco-fetais, entre outros; durante o parto e puerpério imediato como a verificação da involução uterina, quantidade de sangramento, entre outros. Este passo está melhor descrito no objetivo anterior.

No que diz respeito ao terceiro passo “**Incentivar o parto normal e humanizado**”, salientamos que, parte deste, já está sendo cumprido, uma vez que nesta instituição já é permitido a presença do acompanhante na sala de pré-parto, parto e SRPA, nosso papel

fora então o de destacar a importância da presença do mesmo para os profissionais e para a clientela, e o de incluí-lo nos cuidados, tanto do ponto de vista prático, quanto das orientações. Realizávamos visitas às salas de parto, orientando sobre as vantagens do parto normal, priorizando às do parto de cócoras, sala de cuidados com o RN, SRPA e os demais ambientes. Favorecíamos o contato pele à pele do RN com a mãe logo após o nascimento; realizávamos massagem para relaxamento e alívio da dor. E as demais ações estão também implícitas nos outros passos.

Relativo ao quarto passo **“Ter rotinas escritas para normatizar a assistência”**, consideramos que este depende da instituição. O Centro Obstétrico possui as normas e rotinas escritas e todos os profissionais seguem as mesmas.

Quanto ao quinto passo **“Treinar toda a equipe de saúde para implementar as rotinas”**, está sendo realizado no Hospital Universitário o Treinamento do Projeto Maternidade Segura num total de 20 horas/aula divididos em V módulos, sendo que participamos do I módulo, correspondente ao pré-natal, e como palestrantes do II módulo, referente ao Centro Obstétrico, ressaltamos que iremos continuar participando do treinamento.

Referente ao sexto passo **“Possuir estrutura adequada para atendimento materno e perinatal”**, sétimo **“Possuir arquivo e sistema de informação”** e oitavo **“Avaliar periodicamente os indicadores de saúde materna e perinatal”**, percebemos que estes fogem a nosso poder de implementação, uma vez que estes são dependentes da instituição, todavia para contribuir para a implementação dos passos anteriores e oferecermos um cuidado humanizado, estes devem estar presentes.

Quanto à manutenção dos 10 (dez) passos para sucesso do Aleitamento Materno (Anexo 6), o quarto passo foi o que mais priorizamos **“Ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto”**. Durante o estágio, colocamos, na maioria das vezes, o bebê para mamar, logo após o nascimento. Em algumas vezes percebemos certa resistência de alguns profissionais de saúde, em deixar o bebê por trinta minutos totais, isto era mais freqüente quando o nascimento era próximo da troca de plantão. Percebemos que a maioria das mães e acompanhantes achavam a experiência positiva e de grande importância para a formação do vínculo afetivo, principalmente aquelas mães que já passaram pela experiência parturitiva, sem o primeiro contato pele à pele.

Durante toda nossa prática assistencial, incentivávamos o aleitamento materno sob livre demanda, enfatizando sua importância e suas vantagens ao aleitamento artificial; a pega da região mamilo-areolar e maneira de retirar o bebê corretamente, desencorajando o uso de chupetas e mamadeiras, respeitando as crenças e valores de cada mãe, enfatizando

as medidas de prevenção de fissuras e engurgitamentos; a posição correta de segurar o bebê; auxiliávamos as mães a amamentar.

Salientamos que os membros da equipe de enfermagem, com que tivemos oportunidade de trabalhar, forneciam orientações corretas, sobre todos os aspectos, do aleitamento materno, fortalecendo as orientações dadas por nós e contribuindo também para o sucesso do mesmo.

Das parturientes com quem realizamos o processo de enfermagem, em todas houve o contato pele a pele e o início da amamentação, logo após o nascimento, respeitando a permanência do bebê por trinta minutos, preconizados pela OMS/UNICEF.

Sendo assim, acreditamos que este objetivo foi alcançado, pois, durante o estágio, contribuímos com ações para a implementação dos 08 (oito) Passos para a Maternidade Segura e para a manutenção dos 10 (dez) Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno.

#### **7.1.5 Objetivo Nº 5**

**Avaliar a proposta de cuidado cultural aplicada junto à parturiente/acompanhante, no processo de parir, no Centro Obstétrico.**

Acreditamos que esse objetivo foi alcançado, uma vez que, durante nossa prática assistencial, tivemos a oportunidade de preservar, adaptar e repadronizar alguns cuidados. Como exemplo de cuidados preservados estão as crenças a respeito do sexo do bebê, como a relação entre “presença de azia e bebê cabeludo” e “barriga pontuda e bebê do sexo masculino”. Como exemplo mais significativo de adaptação podemos citar a permanência das parturientes no leito e, após conversas e orientações, a maioria aceitava, satisfatoriamente, nossa proposta de deambulação ou alternância de posição. A adaptação do cuidado foi a forma de atuação mais utilizada, uma vez que a repadronização exigiria mais tempo para uma avaliação mais precisa. No exemplo de repadronização, podemos citar a mudança de posição no pré-parto para cócoras, uma vez que esta, na primeira sugestão das acadêmicas, era vista pelas parturientes como uma posição que causasse embaraço.

Com a utilização do instrumento de avaliação (Apêndice 3 e 4), tivemos a confirmação de que todas as parturientes demonstravam extrema satisfação em terem sido assistidas por nós, principalmente através de resposta da seguinte pergunta “O que você

achou a respeito de receber parte do cuidado de enfermagem por nós acadêmicas?” A seguir descreveremos algumas falas de parturientes e acompanhantes:

*“Como eu falei pra vocês antes, só o fato de ter segurado a minha mão; vocês foram, falaram, deram força, fizeram massagem, mas só o fato de ter segurado a minha mão vocês não sabem como era importante pra mim...”*(parturiente Flica)

*“Tomara que vocês continuem assim, dá muita força, segurança; é muito importante. Obrigada.”*(parturiente Rosa)

*“É eu achei muito importante, esse diálogo, toda hora atenção, toda hora com ela, toda hora que ela tinha contração faziam massagem.”*(acompanhante Tuti)

*“Muito bom, pra nós foi ótimo, um apoio que a gente teve e que não esperava...até o último momento, a gente não tem nada para reclamar, não deixou nada a desejar.”*(acompanhante Sol)

*“Muito obrigada, eu não vou nunca esquecer de vocês, nunca. Quero tirar uma foto com vocês?!”*(parturiente Rosa)

*“Vocês vão ser excelentes enfermeiras, gostei de todo o apoio e da massagem que me ajudou muito. Boa sorte para vocês.”*(parturiente Lua)

*“Adorei, gostei bastante, desculpa o rolo que eu fiz, se dei muito trabalho...”*(parturiente Rosa)

Os diálogos, conversas, orientações e esclarecimentos ocasionaram um cuidado cultural coerente, motivando a parturiente e acompanhante a se tornarem mais ativos, durante o processo de parir, e encará-lo como um evento único e inesquecível.

Diariamente, refletíamos, com a supervisora, o cuidado prestado e nossa forma de atuação, no sentido de aprimorá-lo a cada dia. Na nossa caminhada a supervisora nos auxiliava, com sugestões de formas de atuação, para atingir o cuidado cultural.

Utilizávamos também, para a apreciação das formas de atuação do cuidado cultural, a observação das expressões faciais, corporais e verbalizações da parturiente e acompanhante, acerca das questões apresentadas.

### 7.1.6 Objetivo N.º 6

**Buscar aprofundamento dos conhecimentos em relação à Teoria de Leininger, à humanização no parto e atualização na área de enfermagem obstétrica, com a participação em eventos específicos**

Consideramos que este objetivo foi alcançado por nós, pois, no decorrer do estágio participamos de vários eventos que contribuíram imensamente para ampliar nossos conhecimentos teórico-práticos. Iremos citá-los, ressaltando alguns aspectos que nos chamaram atenção.

MARÇO/2000

No período de 16 à 18, participamos da **I Jornada de Incentivo ao Parto Normal** em São Paulo (Anexo 7). Neste evento tivemos a oportunidade de assistir a palestras de obstétricas conceituadas como a ministrada por Marcelo Zugaib “*Aspectos Assistenciais do Parto Vaginal*”, Bussâmara Neme “*O Parto Vaginal como Epílogo da Arte e da Ciência Obstétrica*”, e, presidindo as mesas, tivemos Luiz Camano, Rosiane Mattar, Abês Mahmed Amed, entre outros.

Uma das palestras de destaque foi a realizada pela única profissional que não era da área médica, a fisioterapeuta Mirka Cristina Ocanhas intitulada “*A Reabilitação Genital*” onde salientava exercícios de preparação do períneo para um melhor desempenho para o parto vaginal e recuperação do mesmo.

No último momento foi realizado um fórum de debates, que visava a participação da comunidade, para esclarecimento de dúvidas e questionamentos. Esta havia sido convidada, através de cartazes nos postos de saúde e anúncios, entretanto não houve participação da mesma. O que realmente aconteceu foi um debate entre membros da mesa e profissionais presentes que, em sua maioria eram enfermeiras obstétricas. Neste fórum, discutiu-se temas, como: as casas de parto, atuação da enfermeira obstétrica, relacionamento multiprofissional e propostas de temas para a próxima jornada, bem como a participação de palestrantes de diversas áreas, não só a médica.

Ressaltamos que este evento causou-nos certa frustração, pois, o tema da Jornada nos fôra sugestivo a encontrar conhecimentos alternativos e não somente os interven-

cionistas, como por exemplo, no alívio da dor, uma analgesia de parto era, de um forma geral, a primeira indicação.

Ao fim da Jornada percebemos que a denominação de Parto Normal para os organizadores e palestrantes significa Parto Vaginal, independentemente das intervenções como fórceps de alívio, vácuo extrator, indução ocitócita. O perfil da assistência apresentada foi intervencionista, o que difere da nossa visão que é humanística.



Acadêmica Daniela, Enfermeira obstétrica Odaléa e acadêmica Joyce

ABRIL/2000

No período de 07 a 08, participamos do **Encontro de Imagem em Ginecologia e Obstetrícia** no Hospital Universitário (HU/UFSC) em Florianópolis (Anexo 8)

No período de 12 a 14, participamos do **Fórum Brasileiro de Educação e Tecnologia em Saúde – FETES** em Florianópolis com o tema Desinfecção e Esterilização: Dilemas e Tendências (Anexo 9)



MAIO/2000

No período de 02 a 05, participamos da **IV Jornada Científica do Hospital Universitário (HU/UFSC)** em Florianópolis (Anexo 10).

No dia 09, participamos do **II Encontro Municipal Gestantes** em Florianópolis, uma promoção do Programa Capital Criança da Secretaria de Saúde do Município de Florianópolis. A abertura do evento foi ministrada pela psicóloga Maria Tereza Maldonado com a palestra “A Família Grávida: Mudanças Emocionais” para aproximadamente 500 gestantes, além de profissionais de saúde. *O Prazer de criar laços com o bebê durante a gestação – canto, movimentação, visualização, conversas com o bebê* foi uma oficina da qual participamos realizada pela psicóloga Iara Regina Schemes (Anexo 11).



Enfª Orientadora Evanguelia, acadêmica Joyce, psicóloga palestrante  
Maria Tereza Maldonado e acadêmica Daniela

No período de 11 a 13, participamos do **10º Congresso Sul Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia** em Florianópolis (Anexo 12).





Acadêmicas Daniela e Joyce

No dia 24, participamos da Oficina “Assistência ao Parto Humanizado” e, nos dias 25 e 26, do III Seminário estadual “Qualidade de Assistência ao Parto: Contribuições da Enfermagem, em Curitiba (Anexo 13)

Na oficina, uma participação que marcou foi a da enfermeira obstetra do projeto Luz – JICA, Taeko Mori. Esta nos apresentou a realidade da assistência das casas de parto no Japão. A prática assistencial no Japão está muito avançada no que diz respeito à humanização se comparada à do Brasil, uma vez que no Japão não existe jejum no trabalho de parto, a massagem para o relaxamento e alívio da dor é uma prática rotineira, assim como o deambular e a não realização da episiotomia, tricotomia e enema. A importância do apoio emocional, informativo, confortante e um ambiente acolhedor foram assuntos salientados pela enfermeira. Num segundo momento, aprendemos a realizar massagens de forma correta, em conjunto com o ritmo respiratório.



Enfª Obstétrica, supervisora Vania, acadêmica Joyce, enfª obstétrica Taeko Mori, acadêmica Daniela e enfª obstétrica Tatiana

No seminário, temas como *“Avanços do Modelo Assistencial da Obstetrícia no Brasil, O Projeto Luz no Ceará, Mortalidade Materna nas Américas”* foram, dentre alguns, os temas abordados. Tivemos a oportunidade de conhecer a realidade assistencial de outras instituições, como a Maternidade Leila Diniz, a Casa de Parto em Niterói, Hospital Bairro Novo e Maternidade Nossa Senhora do Rosário, a qual recebeu o primeiro prêmio Galba Araújo.

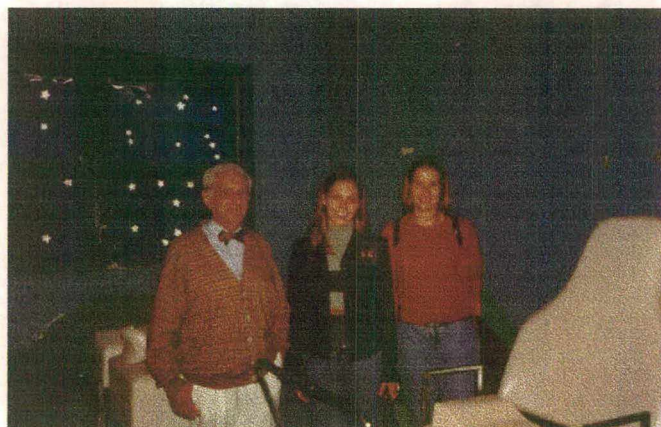


Acadêmicas Joyce e Daniela



Pode-se afirmar que o Hospital Universitário de Florianópolis é pioneiro da humanização no cuidado. Observamos isto principalmente após a apresentação da enfermeira obstétra Odaléa Bruggemann dos Santos durante a mesa redonda *“Humanização do parto em Hospital Terciário”* pois, em contraposição à realidade das outras instituições apresentadas, este se encontrava em um patamar mais elevado. A presença do acompanhante no Centro Obstétrico, visita às salas de parto, dieta líquida restrita, a filosofia era o que diferia esta instituição.

Ainda em Curitiba, realizamos uma visita à clínica do Dr. Paciornick, pioneiro do parto de cócoras, onde conversamos com o mesmo, conhecemos as salas de parto e cuidados com Rn, puerpério e a cadeira de cócoras.



Dr. Paciornick e acadêmicas Daneila e Joyce

No período de maio a julho de 2000, num total de 5 encontros, de 4 horas/aula cada, estamos participando do ***Treinamento da Maternidade Segura***. Os encontros visam apresentar todos os serviços da Maternidade e a maneira como deveria ocorrer a assistência humanizada, conforme preconiza o projeto. Até o presente momento participamos de três módulos, os quais destacaremos alguns aspectos abordados. O primeiro módulo trata da ***Assistência no Pré-Natal***, onde diversos assuntos foram destaque como: o Curso de Gestantes do Terceiro Trimestre, Grupo de Gestantes e de Casais Grávidos, fluxograma, consultas ambulatoriais, quais os assuntos mais discutidos nos encontros do pré-natal, tipos de exames que devem ser solicitados, entre outros. No segundo foi abordado a ***Assistência na Triagem Obstétrica e Centro Obstétrico***. Neste encontro participamos como palestrantes, vários aspectos foram destaques como as mudanças nas rotinas quanto à episiotomia,



tricotomia e fleet enema, vantagens do parto de cócoras, a humanização da assistência, atendimento na Triagem, fluxograma, serviço de psicologia no Centro Obstétrico, etc.



Atrizes Daniela, Joyce e Rosamaria



De pé da esquerda para a direita: Ac. Rosamaria, Enfª Odaléia, Dr. Marcos, Enfª Eli e Enfª

Ligia – Sentada da esquerda para a direita: Ac. Roberta, Ac. Daniela e Ac. Joyce

Grupo responsável pelo II Módulo da Maternidade Segura

O terceiro módulo trata da *Unidade de Internação Obstétrica (Alojamento Conjunto-AC) e Comunidade*. Neste vimos o fluxograma do AC, atividades assistenciais desenvolvidas como as de enfermagem, Central de Informações do Aleitamento Materno (CIAM), médica, psicologia e serviço social. Os outros dois módulos serão realizados conforme cronograma.

Para melhor direcionarmos nossa prática assistencial, buscamos aprofundamentos literários acerca de tudo que envolve o processo de parir, questões culturais encontradas em autores na área de antropologia, aspectos psicológicos e emocionais, técnicas e rotinas apropriadas e suas indicações adequadas, a importância da primeira mamada, dentre outros.

Buscamos também apoio bibliográfico em alguns estudos, que utilizaram a teoria de Leininger na Graduação, para melhor nortear a metodologia proposta e avançar no conhecimento, em relação a esta área específica.

O aprofundamento dos conhecimentos, através da participação nos eventos e estudos teóricos, nos forneceu suporte necessário para atingir uma melhor assistência humanizada à parturiente e acompanhante, respeitando suas crenças e valores, durante o período em que se encontravam no Centro Obstétrico.

#### 7.1.7 Objetivo N.º 7

**Desenvolver e manifestar atitudes coerentes, referentes aos princípios éticos do Código de Ética dos profissionais de Enfermagem.**

Ética, segundo Ferreira (1986, p.733) significa “o estudo dos juízos de apreciação, referentes à conduta humana, suscetível de qualificação do ponto de vista do bem e do mal, seja relativamente a determinada sociedade, seja de modo absoluto”.

Código de Ética Profissional “reúne normas e princípios, direitos e deveres, pertinentes à conduta ética do profissional que deverá ser assumido por todos”.

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem “leva em consideração, prioritariamente, a necessidade e o direito da Assistência de Enfermagem à população, os interesses do profissional e de sua organização. Está centrado na clientela e pressupõe que os Agentes de Trabalho da Enfermagem estejam aliados aos usuários, na luta por uma assistência de qualidade sem riscos e acessível a toda a população”.(COREN, 1998, p. 42)



Estudando o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem certificamo-nos dos princípios fundamentais, dos direitos, das responsabilidades, dos deveres, das proibições, dos deveres disciplinares, das infrações e penalidades, da aplicação das penalidades e das disposições gerais (demais capítulos) para nortear nossa prática, durante o desenvolvimento do estudo no Centro Obstétrico e desenvolvê-la de forma coerente com o mesmo.

Procuramos desenvolver nossa prática isenta de discriminação de qualquer natureza, respeitando e reconhecendo o direito da clientela de decidir sobre sua pessoa, prestando adequadas informações à cliente e família, respeitando a privacidade e intimidade da cliente, mantendo sigilo profissional, solicitando consentimento por escrito da cliente e acompanhante para participar de nosso estudo dentre outras ações.

Sendo assim, consideramos este objetivo alcançado, uma vez que respeitávamos e cumpríamos o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

## **7.2 Atividades Desenvolvidas Não Planejadas**

Visando um atendimento humanizado com alcance de Universalidade e Resolutividade positivos, realizámos algumas atividades que não faziam parte dos objetivos do estudo. Várias atividades também foram realizadas, no sentido de nos integrarmos à equipe, e com o objetivo de adquirir experiência.

Destacaremos algumas dessas atividades que executávamos principalmente quando não havia grande demanda.

- Prestamos cuidados imediatos ao recém-nascido, como identificação do mesmo, administração IM de Kanakion, credeização, realização da técnica de aspiração gástrica, verificação das medidas antropométricas, verificação de sinais vitais, procedemos o banho, preenchimento de carteira de saúde, declaração de nascidos vivos, histórico, prescrição de enfermagem, entre outros (Anexo 14 e 15).
- Acompanhamos, neste período, várias parturientes em período expulsivo, bem como clientes para realizar curetagem, por abortamento incompleto, com o objetivo de auxiliar a equipe de enfermagem e médica.



- Atividades administrativas como recebimento de clientes, efetuando registro de chegada e no livro de passagem de plantão e organização do prontuário. Efetuávamos a passagem de plantão entre os turnos e de clientes ao Alojamento Conjunto.
- Atuamos como circulantes no parto.
- Atuamos como instrumentadoras, no parto cirúrgico.
- Realizamos visita de parturientes e acompanhantes, no Alojamento Conjunto.
- Realizamos procedimento de cateterismo vesical de demora e alívio.

A busca por novos conhecimentos e novas experiências era incessante. Acreditamos que assim como contribuímos com o nosso trabalho para com a equipe, enriquecemos e ampliamos nossos horizontes.

## **8 FACILIDADES E DIFICULDADES ENCONTRADAS DURANTE A VIAGEM ESPACIAL**

Durante nossa caminhada no período de estágio, observamos algumas situações que consideramos relevantes mencionar. Algumas dessas nos beneficiaram na implementação de nossa concepção de cuidado humanizado e, noutras ocasiões, nos incitaram a repensar, muitas vezes, os cuidados a serem prestados por todos os profissionais, as quais traduzimos em: facilidades e dificuldades. Entretanto, gostaríamos de deixar claro que, apesar de nos depararmos com algumas nebulosas, nossa trajetória nunca deixou de ser maravilhosa.

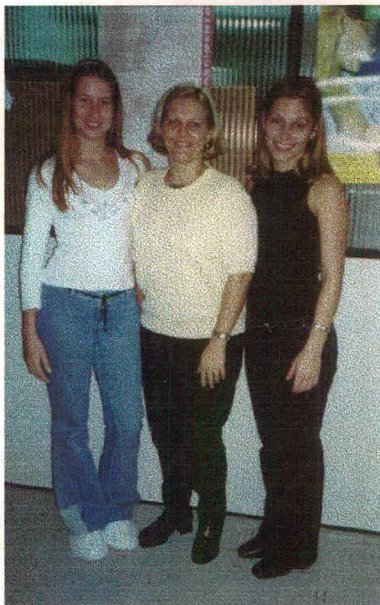
### **8.1 Pegando Carona com um Cometa (Facilidades)**

- Dispor de um hospital-escola que nos proporcionou abertura para a realização do presente trabalho.
- Ficamos felizes de encontrar membros da equipe multidisciplinar, compartilhando do mesmo pensamento de cuidado humanizado e de seguir a filosofia da instituição e as normas do Hospital Amigo da Criança.
- Foi de grande valia o estágio extra-curricular realizado durante o mês de fevereiro que nos ajudou a familiarização com a equipe, normas, rotinas e procedimentos do campo.
- Tivemos uma boa aceitação e interação com a equipe multidisciplinar, e, principalmente, com a de enfermagem, com a qual trabalhamos dia-a-dia.



A equipe de enfermagem do Centro de Obstétrico na confraternização de encerramento do estágio

- Dispomos da filosofia da instituição (Anexo 16) e das regras do Hospital Amigo da Criança a nosso favor, ajudando-nos a defender, ainda mais, nosso ponto de vista e permeando nossa prática assistencial (Anexo 16 e 6).
- Boa aceitação e interação com as parturientes e acompanhantes, não somente as que faziam parte do nosso estudo mas também todas as outras clientes a quem prestávamos o cuidado.
- Proveitoso relacionamento com Orientadora, Supervisora, 3º membro da banca e professoras de Obstetrícia que, além de suas contribuições quanto à sugestões e melhoria no trabalho, muitas vezes se mostravam abertas para nos emprestar materiais e conhecimentos próprios.



A maravilhosa supervisora Vania e acadêmicas

## **9 VIAJANDO NUM UNIVERSO DE POSSIBILIDADES (CONSIDERAÇÕES FINAIS)**

Desde o início das aulas práticas da disciplina de obstetrícia, no Centro Obstétrico do Hospital Universitário, percebemos, ao prestar o primeiro cuidado à parturiente/acompanhante, que o processo de parir não é aquele momento somente lindo e maravilhoso idealizado por nós. É, na verdade, um momento onde são evidenciados vários sentimentos como a dor, o desespero, a incerteza e o medo, por parte das parturientes e seus acompanhantes. Investigando nosso passado em casa, descobrimos que nós, ambas, havíamos nascido de parto cesáreo. Este fato nos impulsionou ainda mais a realizar esta Viagem pelo Universo do Processo de Parir, para conhecer seus significados e para tentar resgatar a idéia de parto, como um momento singular e inesquecível, enfatizando os aspectos positivos desta viagem.

Durante a revisão de literatura e prática assistencial, pudemos destacar várias mudanças que ocorreram, tanto do ponto de vista assistencial, como também cultural: a entrada do médico obstetra, em substituição às parteiras; a invenção do fórcepe; a mudança para a posição de litotomia, durante o pré-parto e parto; o crescimento da cesariana e a percepção das parturientes de que este é um tipo de parto sem riscos para a mãe e para o bebê, o parto institucional em detrimento do parto domiciliar, acarretando na utilização de práticas rotineiras como a tricotomia, o enema, o jejum no trabalho de parto, uso de ocitócitos, episiotomia, entre outros. Estas foram algumas das mudanças ocorridas.

Procuramos, durante toda a assistência, prestar cuidados que diminuíssem possíveis medos, ansiedades e dúvidas das parturientes e acompanhantes, incentivando a ajuda destes nos cuidados com a parturiente e cuidados que proporcionassem aos mesmos, a vivência do processo de parturição como um momento único, individual, de prazer, alegria e felicidade. Enfim realizar um cuidado mais humanizado a fim de tornar a parturiente, protagonista do seu processo de parir.

Consideramos de grande importância a participação do acompanhante no processo de parir e entendemos que a pessoa que a parturiente tenha escolhido para estar com



ela, dando-lhe força e apoiando-a, deve ser considerada, pelos profissionais de saúde, como pessoa com singularidades e que está vivenciando, juntamente com a parturiente, um momento mágico, devendo portanto receber orientações, como ajudar a tornar este momento ainda mais prazeroso para ambos. Observamos que, na grande maioria, os acompanhantes tratavam-se dos companheiros e pais do bebê, tornando ainda mais importante a participação dos mesmos nesse processo. Durante a nossa experiência, procuramos envolver o acompanhante, quando presente, nos cuidados com a parturiente, convidando-o a participar da visita às salas de parto, estimulando-os a realizar a massagem, os mesmos acrescentavam palavras confortantes, davam incentivo às parturientes para continuarem, ficavam emocionados vivenciando o momento e participavam mais ativamente do processo de parir. Tudo isto é relevante para que ocorra o crescimento do vínculo familiar. Percebemos que as parturientes que possuíam acompanhantes encontravam-se mais tranquilas, seguras e confiantes, em consequência, tornavam-se mais participativas no trabalho de parto e parto, atuando como protagonistas deste evento.

Ressaltamos que, durante toda a Viagem Cultural e Humanística pelo Universo do Processo de Parir, para prestarmos o cuidado de enfermagem, levamos em conta o contexto sócio-cultural, crenças e valores de cada parturiente e acompanhante, respeitando as individualidades de cada um.

A utilização da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Transcultural de Madeleine Leininger, nos forneceu subsídios para realizarmos o cuidado cultural coerente e humanizado, de forma a preservar, adaptar e/ou repadronizar. Consideramos a Teoria de Leininger adequada para ser utilizada durante o cuidado no processo de parir no Centro Obstétrico, visto que, é um processo que envolve uma forte influência sócio-cultural.

Ao iniciar a assistência, no Centro Obstétrico, parecia que não estávamos desenvolvendo nosso trabalho e, sim, prestando cuidado às parturientes e acompanhantes. Não sabíamos, bem ao certo, se estávamos alcançando nossos objetivos específicos, era um pouco amedrontador. A Supervisora nos ajudou a não perder de vista nossas metas e foi através de conversas e análises dos cuidados prestados, que começamos a perceber que estávamos alcançando os objetivos propostos, porém apenas não conseguíamos relacionar os fatos.

Com o decorrer da “viagem” percebemos como a hospitalização inibe a verbalização cultural e as parturientes e acompanhantes pouco referiam sobre o processo de parir, não questionando e perguntando sobre as normas, rotinas e prescrições. Observamos,

também, que as parturientes, no Centro Obstétrico, parecem não se sentirem bem em relatar suas crenças e valores, elas passam a se colocar como “doentes”, deitadas na maioria das vezes na cama, sem pedir por bebida e comida e quando as recebem ficam com medo de aceitar, passando, muitas vezes, a depositar na equipe a responsabilidade “de ganhar o filho”. Fazemo-nos algumas indagações: Por que será que as parturientes, mediante a institucionalização do parto, adotam este tipo de comportamento? Por que preferem abrir mão do seu contexto cultural para terem seus filhos em uma instituição? Seria talvez, a crença, de que “sendo boazinha”, “não se colocando como indivíduo”, fazendo o que o profissional deseja, seja melhor atendida?

Observamos, no dia a dia do nosso estágio, uma assistência, tanto médica como de enfermagem, que hipervaloriza o momento do parto, deixando, muitas vezes, a parturiente sozinha durante o período de dilatação. Acreditamos que este tipo de assistência, acontece geralmente devido ao “corre-corre” diário, ou por acomodação dos profissionais, os procedimentos e técnicas são realizados sem explicações, sem diálogo e sem troca verbal, tornando a assistência falha, do ponto de vista humanístico e respeitoso, na sua maioria. Enfatizamos que para oferecer um cuidado humano e respeitoso, é necessário estar com a parturiente, durante todos os momentos, dando-lhe apoio, segurança, amenizando desconforto, ansiedade, medo e incentivando-a a participar ativamente do seu processo de parir.

Era muito gratificante receber o reconhecimento pelos cuidados que desenvolvíamos, das parturientes e acompanhantes, através de frases como “vocês foram ótimas, me deram muita força...”, “só o fato de terem pego a minha mão foi muito bom, obrigada...”, “a massagem estava ótima” “ficaram comigo o tempo todo, foi maravilhoso, um apoio muito grande”. Todas essas frases e muitas outras nos incentivaram a continuar nossa “viagem” e a aprimorá-la.

Para dar continuidade à nossa “viagem”, tentávamos de forma sutil plantar uma sementinha de cuidado humanizado dentro de alguns profissionais que trabalham no Centro Obstétrico. Acreditamos que não adianta um ou dois profissionais terem a visão humanística do cuidado e outros cinco não. Percebemos isto também quando a tricotomia e o enema deixaram de ser feitos como rotina, devendo ser feitos, somente, a pedido da parturiente, como já defendia a OMS em 1996. Muitos dos profissionais continuavam a prescrevê-las como rotina, sem se importar com os prós e os contras destes procedimentos, para a parturiente.



Enfim, podemos dizer que, durante nossa “viagem”, pudemos ampliar nossa visão de cuidado humanizado, chegando à conclusão que a humanização do cuidado é um processo diferenciado para cada indivíduo e que devemos estar atentos às particularidades de cada um. Sobressaltamos que há muito o que aprender, porém, o que já foi aprendido, durante a “viagem” com Rosa, Orquídea e Margarida, Flica, Tuti e Gui e Lua, Sol e Céu e todas as outras parturientes e acompanhantes, enriqueceram nossas experiências. Salientamos que estes não serão esquecidos jamais.

Nós, astronautas (acadêmicas), defendemos a visão de que o parto normal deva transcorrer naturalmente, sem intervenções, sem rotinas, acontecido no local de escolha da parturiente, onde ela possa optar pelo tipo de parto normal, ter a presença de um acompanhante, atuar como atriz principal e ser assistida, de forma que suas crenças e valores culturais sejam levados em conta e, principalmente, onde ela possa ter liberdade para expor estes.

Consideramos esta “viagem” maravilhosa, tivemos várias descobertas, e uma delas, foi a de nos descobrir como mulheres sabedoras da possibilidade de que um dia nos tornaremos passageiras da “Viagem ao Universo do Processo de Parir”. Convidamos a todos que de alguma forma, até mesmo através da simples leitura deste estudo, participaram desta “viagem”, a continuá-la, ampliando os horizontes, na busca incessante da qualidade da assistência através da humanização.

## 10 REVISANDO O UNIVERSO LITERÁRIO (REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS)

BOODELLA, David. Parto e chegada: transições para o mundo. In: **Correntes da Vida**. Sumnus, 1992, p. 43-62.

BORGES, Sherrine Maria Njaine. Maternidade e mães. In: LABRA, Maria Eliana (org). **Mulher, saúde e sociedade no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1989.p. 57-68.

BRAGA, Rosana. **Coleção Família**: vou ser mãe, n. 1, p. 67,93 e 96, 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Amamentar**: torna a vida mais bonita.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Oito passos para a maternidade segura**: guia básico para o serviço de saúde. Brasil, maio de 1995.

CHARPENTIER, A., ELGELMANN, Georges J., ERODET, Paul. **O parto através do tempos**, fasc. 2, 1992.

CHRISTENSSON, K., CABRERA, T., CHRISTENSSON, E., UVNAS-MOBERG, K. & WINBERG, J. O “choro de angústia da separação” do recém-nascido humano na ausência do contato com o corpo materno. Tradução de Trajano R. Filho e Tereza S. Toma. Documento do mês sobre a amamentação nº 8, 1997. **Acta Pediatr**, v. 84, p. 468-73, 1995.

- GREGÓRIO, Vitória R.P., GARCIA, Olga, R.Z, COSTA, Roberta. **Percepções e sentimentos do casal grávido e da equipe de saúde quanto a presença ou ausência do pai no Centro Obstétrico**. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 51, e CONGRESSO PANAMERICANO DE ENFERMERIA, 10 Florianópolis, 1999.
- HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde e doença**. Traduzido: Eliane Mussnich. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- KARAN, Francisco. **Cesária à luz do lampião**. **Jornal da ACM**. 2000
- LEBOYER, Frédérick. **Se me contassem o parto**. Tradução de Ivone Castilho Benedetti. São Paulo: Ground, 1998.
- LEININGER, Madeleine. **Teoria do cuidado transcultural: diversidade e universalidade**. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE TEORIAS DE ENFERMAGEM, Florianópolis, 1985. **Anais...** Florianópolis: UFSC, 1985. p. 255-288.
- LEOPARDI, Maria Tereza. **Teorias em enfermagem: instrumento para a prática**. Florianópolis: Papa Livro, 1999.
- MALDONALDO, Maria Tereza. Pereira. **Psicologia da gravidez**. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 1988.
- \_\_\_\_\_. **Psicologia da gravidez**. 14. ed. Petrópolis: Saraiva, 1999.
- MALDONALDO, Maria Tereza. Pereira., DICKSTEIN, Júlio, NAHOUM, Jean Claude. **Nós estamos grávidos**. 9. ed. São Paulo: Saraiva, 1996.
- MARTINEZ, Rosina Maria de M. G. **Incentivando o aleitamento materno: uma proposta de cuidado à mulher/parturiente/puérpera e família fundamentada na teoria de Dorothea**

E. Orem. Florianópolis: UFSC, 1999. Projeto de Prática Assistencial em comprimento à disciplina de Enfermagem Assistencial Aplicada da VIII Unidade Curricular, do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC, 1999.

MATHEUS, Maria. C. C., FUGITA, Rose. M. I., SÁ, Ana .C. de Observação em enfermagem. In: CIANCIARULLO, Tamara Iwanow (org). **Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade de assistência.** São Paulo: Atheneu, 1996

MINATI, Fabiana et al. **O processo de parir: uma experiência assistencial do cuidado de enfermagem, baseada na teoria transcultural de Madeleine Leininger.** Florianópolis: UFSC, 1997. Monografia (Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina, Curso de Graduação em Enfermagem.

MONTICELLI, Marisa. **O nascimento como um rito de passagem: uma abordagem cultural para o cuidado de enfermagem e recém-nascidos.** Florianópolis: UFSC, 1994. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

MÜHLBAUER, Maria Lúcia F. **O prazer também é meu.** Niterói: La Salle, 1996.

ODENT, Michel. **Gênese do homem ecológico: o instinto reencontrado.** Tradução de Alexandre Ribondi. São Paulo: Tao, 1981.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Evidência dos 10 Passos para o Sucesso no Aleitamento Materno.** Genebra: OMS, 1998.

OSAVA, R. H. A Redução das taxas de operações cesarianas no Brasil: Um desafio para a Enfermagem Obstétrica, Vitória: Ed. Científica Ltda., **Jornal Brasileiro de Ginecologia:** p. 421-427, 1996.

OSAVA, Ruth. H., TANAKA, Ana. Cristina. d' A. Os paradigmas da enfermagem obstétrica. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo. v. 31, n.1 p. 96-108, abr/1997.

PROJETO LUZ da JICA. **Manual do parto humanizado**. Fortaleza: Tipoprogresso, jan. 2000.

REZENDE, Jorge de. **Obstetrícia**. 6.ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1991.

\_\_\_\_\_. **Obstetrícia**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1998.

RODRIGUES, José Carlos. **Tabu do corpo**. 3 ed. Rio de Janeiro: Achiamé, 1983

SANCHEZ, Fábio, A melhor posição. **Revista Crescer**, v., n. 60, p. 26-31, nov. 1998

SANTOS, Evanguelia K. A. dos. **A mulher como foco central na prática do aleitamento materno: uma experiência assistencial fundamentada na teoria do auto-cuidado de Orem**. Florianópolis: UFSC, 1991. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

\_\_\_\_\_. Puerpério normal. In: OLIVEIRA, Maria Emilia; MONTICELLI, Marisa, SANTOS, Odaléa Maria Brüggemann dos (orgs). **Enfermagem obstétrica e neonatológica: textos fundamentais**. Florianópolis: UFSC, 1999.p.89-103.

\_\_\_\_\_. Promoção do aleitamento materno. In: OLIVEIRA, Maria Emilia; MONTICELLI, Marisa, SANTOS, Odaléa Maria Brüggemann dos (orgs). **Enfermagem obstétrica e neonatológica: textos fundamentais**. Florianópolis: UFSC, 1999.p.103-135.

SANTOS, Odaléa M. B. dos. **A enfermagem como diálogo vivo: uma proposta humanística no cuidado à mulher e família durante o processo do nascimento**. Florianópolis:

UFSC, 1998. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem.

\_\_\_\_\_. Sinais e sintomas do trabalho de parto. In: OLIVEIRA, Maria Emilia; MONTICELLI, Marisa, SANTOS, Odaléa Maria Brüggemann dos (orgs). **Enfermagem obstétrica e neonatológica: textos fundamentais**. Florianópolis: UFSC, 1999.p.20-29.

\_\_\_\_\_. Períodos clínicos do parto e assistência de enfermagem. In: OLIVEIRA, Maria Emilia; MONTICELLI, Marisa, SANTOS, Odaléa Maria Brüggemann dos (orgs). **Enfermagem obstétrica e neonatológica: textos fundamentais**. Florianópolis: UFSC, 1999.p.29-52.

\_\_\_\_\_. Mecanismo do parto. In: OLIVEIRA, Maria Emilia; MONTICELLI, Marisa, SANTOS, Odaléa Maria Brüggemann dos (orgs). **Enfermagem obstétrica e neonatológica: textos fundamentais**. Florianópolis: UFSC, 1999.p.52-56.

SANTOS, Vania S. C. dos. **Atuação da enfermeira junto ao casal no processo de parir, embasada na teoria de Madeleine Leininger**. Florianópolis: UFSC, 1999. Projeto (Qualificação no Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

SARTI, Cyntia Andersen. **A família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres**. São Paulo: FAPESP, 1996

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Recomendações da Organização Mundial de Saúde**. Rio de Janeiro: The Lancet, 8452-II: 436-7, 1985.

SOIFER, Raquel. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. Tradução de Ilka Valle de Carvalho. 3 ed. Porto Alegre: Artes médicas, 1984.



TEDESCO, J. Júlio de A. A humanização da relação obstétrica-mãe-filho. In: ZUGAIB, Marcelo, TEDESCO, J. Júlio de A., QUAYLE, Julieta.(org.) **Obstetrícia psicossomática**. São Paulo: Atheneu, 1997. p.271-279.

VAISTMAN, Jeni. Biologia e história (ou, Por que a igualdade é possível). In: LABRA, Maria Eliana (org). **Mulher, saúde e sociedade no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1989.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, SAFE MOTHERHOOD. **Care in normal birth: a practical guide**. Geneva: OMS, 1996.

YMAYO, Marcos Roberto. **Porque evitar a episiotomia**, Hospital Santa Marcelina Itaim Paulista. São Paulo

ZAMPIERI, Maria de Fátima M. Mulheres cuidando de mulheres: em busca de uma enfermagem mais humanizada. **Rev. Texto & Contexto – Enferm.**, Florianópolis, v 6. n. 1, p. 276 – 292, jan./abr., 1997.

ZIEGEL, Erna, CRANLEY, Mecca. **Enfermagem obstétrica**. 8.ed.Rio de Janeiro: Guanabara, 1986.

## **APÊNDICE 1**

**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS ADAPTADO DE MINATTI  
(1997), SANTOS (1999) E GREGÓRIO & GARCIA & COSTA (1999)**

**IDENTIFICAÇÃO**

**Parturiente com acompanhante**

<b>PARTURIENTE:</b>	<b>ACOMPANHANTE</b>
Procedência:	Procedência:
Idade:	Idade:
Escolaridade:	Escolaridade:
Profissão/ocupação:	Profissão/ocupação:
Religião:	Religião:
Número de filhos:	Número de filhos:
Gesta:        Para:        Abortos:	Quantos partos já acompanhou:

• Que relação existe entre parturiente/acompanhante:

- (        ) parturiente e marido  
(        ) parturiente e namorado  
(        ) parturiente e companheiro  
(        ) parturiente e mãe  
(        ) parturiente e outro (.....)

• Por que procuraram o HU para realizar o parto?

**Acompanhante**

• Você assistiu algum parto antes?

- (        ) sim. De quem?  
(        ) não

• Como recebeu o convite para participar como acompanhante durante o trabalho de parto e parto?

- (        ) ficou com medo mas gostou  
(        ) gostou desde o início  
(        ) não gostaria de estar participando  
(        ) outro (.....)

• Que motivo o levou a assistir o parto?



O que você acha da presença do acompanhante na sala de parto:

(        ) importante

(        ) sem importância

Por quê?

## **VALORES/COSTUMES E CRENÇAS RELACIONADOS AO PROCESSO DE PARIR**

- Quando se fala na palavra parto o que lhes vem na cabeça?
- O que vocês sabem a respeito do parto? Quem lhes falou?
- O que a parturiente refere em relação a/ao:

Tricotomia

Fleet enema

Uso do propé

Uso da camisola

Jejum

Posição preferida no período de dilatação

Posição preferida no período de expulsão

Higiene no trabalho de parto (enxaguante bucal e banho)

Fluidoterapia

Indução ou condução do trabalho de parto com ocitocina

Respiração

Dinâmica uterina

Batimento cardio-fetal

Contrações

Bolsa rota (“parto seco”)

Deambulação

Toque

Barulho do Centro Obstétrico

Espaço físico

Parto em casa X hospital

Dor

Episiotomia

Poder conhecer as salas de parto anteriormente ao parto

Número de pessoas que cuidam dela

Distinção dos profissionais que cuidam dela

● Com relação aos primeiros cuidados com o recém-nascido, o que conhecem sobre:

- **a parturiente:**

O primeiro cuidado com o coto umbilical

O primeiro banho

Aspiração

Características fisiológicas (vérnix e/ou outros)

Administração de Kanakion ✓

Realização da credeização ✓

A importância dos perímetros ✓

Outros

- **o acompanhante:**

O primeiro cuidado com o coto umbilical

O primeiro banho

Aspiração

Características fisiológicas (vérnix e/ou outros)

Administração de Kanakion

Realização da credeização

A importância dos perímetros

Outros

- O que pensam sobre o primeiro banho do recém-nascido:

- **a parturiente:**

- (        ) não quer que seja colocado na água nos primeiros sete dias ou até cair
- (        ) não se importa
- (        ) gostaria de ver e/ou aprender
- (        ) outra observação:.....

- **o acompanhante:**

- (        ) não quer que seja colocado na água nos primeiros sete dias ou até cair
- (        ) não se importa
- (        ) gostaria de ver e/ou aprender
- (        ) outra observação:.....

- O que eles acham a respeito de colocar o bebê pele a pele logo que o bebê nasce e iniciar a amamentação nos primeiros trinta minutos após o parto

- Outros crenças referidas:

- **pela parturiente:**

- **pelo acompanhante:**

## **QUESTÕES OBSERVADAS PELAS ACADÊMICAS NO PERÍODO DE DILATAÇÃO.**

- Como a parturiente se comporta vestindo a camisola:



- O que a parturiente expressa na linguagem não-verbal:

- Comportamento corporal e expressão facial da parturiente:

- (        ) chora
- (        ) grita
- (        ) coloca a roupa na boca
- (        ) tampa a boca com a mão
- (        ) apresenta-se calma
- (        ) aperta a mão do acompanhante/enfermeira/acadêmica
- (        ) apresenta apenas expressão facial de dor
- (        ) outros (.....)

- Qual a relação da parturiente com o/a acompanhante :

- (        ) beija-o/a
- (        ) não o/a toca
- (        ) fala com ele/a
- (        ) não verbaliza
- (        ) aperta-o/a mão
- (        ) outros (.....)

- Como o acompanhante se comporta na sala de pré-parto:

- (        ) nervoso/agitado
- (        ) calmo/tranquilo
- (        ) demonstra interesse em ajudar os cuidados
- (        ) ajuda nos cuidados
- (        ) outros (.....)

- Qual a relação da parturiente com os profissionais de saúde:

- (        ) retraída
- (        ) agressiva
- (        ) demonstra medo/insegurança
- (        ) demonstra tranquilidade/confiança
- (        ) ajuda no processo
- (        ) outros (.....)

- Como a parturiente se comporta frente a/ao:

Jejum

Respiração

Dinâmica uterina

Batimentos cardio-fetais

Toque

**QUESTÕES OBSERVADAS PELAS ACADÊMICAS NO PERÍODO DE  
EXPUSÃO, DEQUITAÇÃO E GREENBERG.**

- comportamento corporal, facial e verbal da puérpera
- relação com o acompanhante
- comportamento do acompanhante
- comportamento da puérpera ao ver o bebê pela primeira vez
- comportamento do acompanhante ao ver o bebê pela primeira vez
- comportamento da puérpera em receber o bebê para primeiro contato e iniciação da amamentação
- Na dequitação a parturiente se preocupa em ver a placenta:  
(        ) sim  
(        ) não
- Comportamento da puérpera durante a episiorrafia
- Comportamento da puérpera em relação a dor
- Comportamento da puérpera frente aos cuidados na sala de recuperação pós-anestésica

## **APÊNDICE 2**

**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS ADAPTADO DE MINATTI  
(1997), SANTOS (1999) E GREGÓRIO & GARCIA & COSTA (1999)**

**IDENTIFICAÇÃO**

**Parturiente sem acompanhante**

<b>PARTURIENTE:</b>		
Procedência:		
Idade:		
Escolaridade:		
Profissão/ocupação:		
Religião:		
Número de filhos:		
Gesta:	Para:	Abortos:

- Por que procurou o HU para realizar o parto?

**VALORES/COSTUMES E CRENÇAS RELACIONADOS AO PROCESSO DE PARIR**

- Quando se fala na palavra parto o que lhe vem na cabeça?
- O que você sabe a respeito do parto? Quem lhe falou?
- O que a parturiente refere em relação a:

Tricotomia

Fleet enema

Uso do propé

Uso da camisola

Jejum

Posição preferida no período de dilatação

Posição preferida no período de expulsão

Higiene no trabalho de parto (enxaguante bucal e banho)

Fluidoterapia

Indução ou condução do trabalho de parto com ocitocina

Respiração

Dinâmica uterina

Batimento cardio-fetal

Contrações

Bolsa rota (“parto seco”)

Deambulação

Toque

Barulho do Centro Obstétrico

Espaço físico

Parto em casa X hospital

Dor

Episiotomia

Poder conhecer as salas de parto anteriormente ao parto

Número de pessoas que cuidam dela

Distinção dos profissionais que cuidam dela

- Com relação aos primeiros cuidados com o recém-nascido, o que conhece sobre:

O primeiro cuidado com o coto umbilical

O primeiro banho

Aspiração

Características fisiológicas (vérnix e/ou outros)

Administração de Kanakion

Realização da credeização

## A importância dos perímetros

### Outros

- O que pensa sobre o primeiro banho do recém-nascido:
  - (        ) não quer que seja colocado na água nos primeiros sete dias ou até cair
  - (        ) não se importa
  - (        ) gostaria de ver e/ou aprender
  - (        ) outra observação:.....
- O que acha a respeito de colocar o bebê pele a pele logo que o bebê nasce e iniciar a amamentação nos primeiros trinta minutos após o parto
- Outros crenças referidas:

## **QUESTÕES OBSERVADAS PELAS ACADÊMICAS NO PERÍODO DE DILATAÇÃO**

- Como a parturiente se comporta vestindo a camisola:
- O que a parturiente expressa na linguagem não-verbal:
- Comportamento corporal e expressão facial da parturiente:
  - (        ) chora
  - (        ) grita
  - (        ) coloca a roupa na boca
  - (        ) tampa a boca com a mão
  - (        ) apresenta-se calma
  - (        ) aperta a mão do acompanhante/enfermeira/acadêmica
  - (        ) apresenta apenas expressão facial de dor
  - (        ) outros (.....)
- Qual a relação da parturiente com os profissionais de saúde:
  - (        ) retraída
  - (        ) agressiva
  - (        ) demonstra medo/insegurança
  - (        ) demonstra tranquilidade/confiança
  - (        ) ajuda no processo
  - (        ) outros (.....)



- Como a parturiente se comporta frente a/ao:

Jejum

Respiração

Dinâmica uterina

Batimentos cardíaco-fetais

Toque

### **QUESTÕES OBSERVADAS PELAS ACADÊMICAS NO PERÍODO DE EXPUSÃO, DEQUITAÇÃO E GREEMBERG.**

- comportamento corporal, facial e verbal da puérpera
- comportamento da puérpera ao ver o bebê pela primeira vez
- comportamento da puérpera em receber o bebê para primeiro contato e iniciação da amamentação
- Na dequitação a parturiente se preocupa em ver a placenta:  
(        ) sim  
(        ) não
- Comportamento da puérpera durante a episiorrafia
- Comportamento da puérpera em relação a dor
- Comportamento da puérpera frente aos cuidados na sala de recuperação pós-anestésica

## **APÊNDICE 3**

## **INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO PROCESSO**

### **Parturiente com acompanhante**

Qual foi o tipo de parto realizado?

- (        ) vertical
- (        ) horizontal
- (        ) cesárea

Por que?

Como foi estar acompanhada por alguém escolhido por você durante o trabalho de parto e parto?

Você recomendaria a presença de um acompanhante a outras parturientes?

Como se sentiram durante a experiência do processo de parir? ( aspectos positivos e negativos)

Como se sentiram após conhecer o ambiente do Centro Obstétrico

O que significou parto para vocês?

A experiência de ter acompanhando o parto foi:

- (        ) ótima
- (        ) boa
- (        ) regular
- (        ) ruim
- (        ) indiferente
- (        ) outras. Quais?

Na experiência de acompanhar o parto:

- (        ) colaborou com a parturiente no que foi possível
- (        ) não colaborou em nada
- (        ) “matou” a curiosidade sobre o parto

Como acompanhante, considerou sua participação/presença importante?

- (        ) sim
- (        ) não

Por quê?

Como se sentiu ao receber o bebê para o primeiro contato pele a pele e amamentação nos primeiros trinta minutos após o parto?

Como se sentiram em relação ao cuidado de enfermagem prestado no C.O.?

O que vocês acharam a respeito de receber parte do cuidado de enfermagem por nós acadêmicas?

Vocês gostariam de contribuir com sugestões referentes aos cuidados oferecidos no C.O.?

## **APÊNDICE 4**

## **INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO PROCESSO**

### **Parturiente sem acompanhante**

Qual foi o tipo de parto realizado?

(        ) vertical

(        ) horizontal

(        ) cesárea

Por que?

Como se sentiu durante a experiência do processo de parir? ( aspectos positivos e negativos)

Como se sentiu após conhecer o ambiente do Centro Obstétrico?

O que significou parto para você?

Como se sentiu ao receber o bebê para o primeiro contato pele a pele e amamentação nos primeiros trinta minutos após o parto?

Como se sentiu em relação ao cuidado de enfermagem prestado no C.O.?

O que você achou a respeito de receber parte do cuidado de enfermagem por nós acadêmicas?

Você gostaria de contribuir com sugestões referentes aos cuidados oferecidos no C.O.?



## **APÊNDICE 5**

<b>Levantamento de Dados</b>	<b>Diversidades e/ou Universalidade culturais do cuidado</b>	<b>Diagnóstico de Enfermagem a partir das diversidades e universalidades culturais do cuidado</b>	<b>Cuidado de Enfermagem desenvolvido a partir do diagnóstico efetuado</b>	<b>Avaliação do cuidado cultural</b>	<b>Reflexões</b>

## **APÊNDICE 6**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  
**(cliente)**

Eu,.....fui convidada a participar de uma pesquisa de enfermagem neste Centro Obstétrico, para obtenção de dados para realização de um trabalho de Conclusão do curso de Graduação em Enfermagem. Concordo que meu depoimento seja utilizado, com sigilo e anonimato de identificação. Se necessário, concordo também com a utilização de gravador para melhor armazenamento de informações. De livre e espontânea vontade concordo e aceito participar.

...../...../.....

.....  
Assinatura da cliente

.....  
Assinatura da acadêmica

## **APÊNDICE 7**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  
**(acompanhante)**

Eu,.....fui convidada a participar de uma pesquisa de enfermagem neste Centro Obstétrico, para obtenção de dados para realização de um trabalho de Conclusão do curso de Graduação em Enfermagem. Concordo que meu depoimento seja utilizado, com sigilo e anonimato de identificação. Se necessário, concordo também com a utilização de gravador para melhor armazenamento de informações. De livre e espontânea vontade concordo e aceito participar.

..../..../....

.....  
Assinatura da/o acompanhante

.....  
Assinatura da acadêmica

## **APÊNDICE 8**



## PROCESSO DE ENFERMAGEM

### IDENTIFICAÇÃO DA PARTURIENTE E ACOMPANHANTE

G. R. de M.(**Lua**), nascida em 04 de janeiro de 1968, 32 anos, união estável, procedente do Rio Tavares. Veio para o Hospital Universitário no dia 20 de abril de 2000 às 7:45 horas, referindo perda de líquido por via vaginal a mais ou menos 5 horas. Na triagem obstétrica foi avaliada e apresentava os seguintes dados obstétricos: BCF de 132 bpm, AFU de 37 cm e sem DU, bolsa rota. Gesta II, para I, aborto 0, idade gestacional (DUM e USG) de 40s e 5d.

Lua estava acompanhada do companheiro e pai do bebê F. B. (**Sol**).

Abaixo segue a transcrição na íntegra das demais fases do processo de acordo com Leininger, realizados com **Lua**(parturiente) e **Sol** (acompanhante) por **Aurora** e **Dáfne** (acadêmicas).

Estávamos na sala do RN, quando observamos que uma parturiente estava sendo levada para conhecer as salas de parto por uma funcionária. Nesta mesma ocasião refletimos se ela poderia fazer parte do nosso estudo.

Observamos no livro de registros que a parturiente internou no Centro Obstétrico às 10:30 horas. No seu prontuário lemos que a mesma era uma Gesta II, para I e apresentava idade gestacional de 40s5d (DUM e USG) apresentava 4 cm de dilatação e estava com a bolsa róta desde às 3 horas.

Uma obstetra havia prescrito soro glicosado com occitocina para uma parturiente e percebemos que esta era a mesma que encontramos poucos minutos atrás. Enquanto preparávamos o material, decidimos que a tal parturiente preenchia os requisitos por nós elaborados para fazer parte do nosso estudo.

Devido a falta de um dos materiais Aurora dirigiu-se a outra sala para pegá-lo e na volta ouviu:

Moça, aonde tem um bebedouro?

Aurora virou-se e percebeu que esta pessoa encontrava-se junto com a parturiente em questão. E respondeu:

Aurora: Não tem, o senhor quer água?

Sol: Quero

Aurora: Então eu pego um copo para você.

Sol: Obrigado.

Aurora foi pegar o copo de água e quando entregou-o falou:

Aurora: Aqui está.

Sol: Obrigado.

Aurora: Meu nome é Aurora, sou estudante de enfermagem, estou aqui com mais uma colega fazendo um trabalho de conclusão de curso. Queremos com este trabalho fazer com que o parto seja um momento mais natural, respeitando a vontade na medida do possível das parturientes, contribuir com cuidados e oferecer apoio. O tema do trabalho é a humanização. Qualquer coisa é só chamar.

Aurora encontra-se com Dáfne e conta o acontecido. Nos dirigimos ao leito para realizarmos o procedimento de instalação do soro.

Dáfne: Oi, meu nome é Dáfne. Eu também sou estudante de enfermagem e como a Aurora estou aqui também fazendo um trabalho de conclusão de curso. Vocês já falaram com ela?

Ambos: Já, já falamos.

Aurora: Qual seu nome? (Perguntando à parturiente)

Lua: Meu nome é Lua.

Dáfne: E o seu? (Perguntando ao acompanhante)

Sol: Meu nome é Sol.

Dáfne: O médico prescreveu um soro com um medicamento. Você já tomou soro antes?

Lua: Na outra gravidez não. Eu cheguei no hospital e logo ganhei o bebê.

Dáfne: Você sabe para que serve este soro?

Lua: Não.

Dáfne: Esse soro serve para aumentar as contrações, faz com que elas se tornem ideais para o teu bebê nascer.

Dáfne percebe que Lua expressa algo parecido com medo, desconfiança.

Dáfne: Muita gente acha que quando coloca o soro é porque tem algo de errado, mas no seu caso é só para aumentar as contrações mesmo. Pode ficar tranquila.

SILÊNCIO.

Dáfne: Se você pudesse escolher entre colocar ou não, o que você escolheria?

Lua: Se é bom, colocar né?

Dáfne se dirigiu ao lado de Lua

Sol levantou-se e falou: Pode se sentar! (Sol sai da cadeira e se dirige a porta.

Dáfne preparou o local para punção. Observou primeiramente o acesso venoso, fez a degermação local e antissepsia.

Dáfne: Esse líquido vermelho é chamado de povidine degermante e serve para limpar bem a pele.

Lua ouvia atentamente.

Enquanto Dáfne realizar o procedimento, Aurora questiona:

Aurora: Como foi o outro parto?

Sol: Não... (neste momento Sol ficou sem palavras e demonstrou-se embaraçada)

Aurora: Foi do primeiro casamento? (dirigindo à Lua)

Lua: Foi.

Aurora: Como foi o primeiro parto? Normal ou cesárea.

Lua: Normal.

Aurora: Foi aqui no H.U.?

Lua: Não, foi em Fraiburgo.

Aurora: Vocês são de lá.

Lua: Eu sou.

Sol: Eu não, sou de Porto Alegre.

Aurora: Como aconteceu esse encontro?

Sol: Foi aqui em Florianópolis, nos encontramos aqui.

Aurora: Por que vieram para o H.U.?

Sol: Eu trabalho de marceneiro, inclusive ajudei na Copa Davis, e sou muito amigo do professor A, lá da Educação Física, ele me disse que aqui era muito bom.

Aurora: Como foi o convite de assistir o parto?

Sol: Sempre tive vontade de ver, não sei se vou aguentar.

Aurora: Por que?

Sol: Tenho medo de passar mal, de cair.

Aurora: Não precisa ficar preocupado. Vai ter um banquinho para você ficar sentado ao lado da Lua.

Lua: Seria melhor uma cama.

Aurora: Daí vão ser dois para nós cuidarmos.

RISOS

Dáfne punccionava a veia e percebe que Lua vira o rosto.

Aurora: não vais nem olhar, né?

Lua: Eu não, não gosto de olhar.

Aurora: O outro filho é menina ou menino?

Lua: É menina.

Aurora: Quantos anos ela tem?

Lua: Treze.

Aurora: Como foi essa espera? Foi bom dar um tempo para as fraldas?

Lua: Foi bom.

Dáfne terminou o procedimento e instalou o soro. E falou:

Dáfne: Não precisa ficar deitada, esse aparelho chama-se bomba de infusão e tem uma bateria que não precisa ficar ligada na tomada. Se quiseres caminhar...?

Lua: Quer sim. Daí eu tiro dali. (apontando para o sensor do conta-gotas.).

Dáfne: Não é só tirar da tomada. Dáfne tirou da tomada e foi guardar o material enquanto Aurora ajudava

Lua se levantou.

Dirigiram-se todos ao corredor.

Aurora: Vocês já conhecem a sala de parto?

Lua: Eu já.

Sol: Eu não, pois saí para fazer uma ligação.

Aurora: Você gostaria de conhecer?

Sol: Eu gostaria, gostaria muito.

Dáfne: Vocês tem toca?

Lua: A minha esta ali na cama.

Sol: Eu não tenho.

Dáfne foi pegar uma toca, enquanto isso Aurora ajudava Lua a colocar sua

toca.

Dáfne trouxe a toca e entregou a Sol que começou a vesti-la.

Sol: Tá certo assim?

Aurora: Está, só não pode aparecer o cabelo.

Fomos todos para a área restrita conhecer as salas. E em frente a sala de recuperação:

Aurora: Vamos lá Lua, fala para o Sol o que você se lembra desta sala.

Lua: Essa sala é a sala de recuperação.

Aurora: O que mais tu te lembra?

Lua: Vou ficar aqui uma hora para descansar.

Aurora: É isso aí, aqui vamos fazer um controle da temperatura, pressão...

Nos dirigimos a sala de parto horizontal.

Aurora: Lua, explica pro Sol, que sala é esta?

Lua: Essa é a sala de parto normal, fica deitada, ali é o bercinho do bebê, é a aquecido, ali é a balancinha onde é pesado o bebê.

Aurora: Essa cadeira fica assim como está ou um pouco mais deitada ou levantada?

Lua: Eu acho que fica assim.

Dáfne: Na verdade fica mais levantada (mostrando sua posição correta). Esta posição é chamada de semi-sentada.

Aurora: Sol, é aqui deste lado que você vai ficar na hora do parto.

Sáímos todos desta sala e nos dirigimos a sala de parto vertical.

Dáfne: Agora com vocês a fama sa sala de parto de cócoras.

Aurora: Essa é a cadeira. Explicamos as posições de cada um.

Lua: Olha aqui Sol, sente como o bercinho é aquecido, bota a mão.

Ambos colocaram a mão no berço.

Saimos da sala.

Aurora: E essa sala, tu conheceste?

Lua: Não, tinha gente.

Dáfne: Estava tendo um procedimento na hora.

Aurora: Vamos dar uma olhada. Essa é a sala de cesárea. A mesa aqui é um pouco diferente porque a parturiente fica bem deitada. Aquele equipamento todo é para ter maior controle da pressão, pulso, respiração, para ver se está tudo certo contigo.

Dáfne: Aquele equipamento todo é para a anestesia.

Lua: Olha, ali também tem o bercinho.

Dáfne: Todas as salas tem um bercinho.

Olharam mais um pouco e voltamos para a área semi-restrita.

No corredor da área semi-restrita.

Dáfne: Então, como nós falamos antes, nós estamos fazendo o nosso TCC e gostaríamos de saber se vocês gostariam de participar?

Sol: Gostaríamos né Lua? Acho que vai ser bem importante participar.

Sol enquanto fazia carinho no rosto de Lua, alisava seus cabelos, apresentava-se muito emocionado e com os olhos cheios de lágrimas.

Lua: Balançou a cabeça positivamente.

Sol: É como se fosse o meu primeiro filho. Eu ligava toda hora para saber como ela está! (apresentava-se emocionado)

Aurora: Nós vamos pegar uma folha para vocês assinarem, para garantir que vocês aceitaram porque quiseram e não porque foram forçados.

Sol: Não, não fomos.

Dáfne: Também queremos que saibam que de maneira alguma o nome de vocês vai aparecer nos dados que iremos colher.

Sol: Pode colocar o nosso nome, né, não tem problema.

Lua: É.

Aurora: Geralmente neste tipo de trabalho nós usamos um apelido para vocês.

Dáfne: A gente chama de pseudônimo. Que pode ser nome de cor, de praia, de anjo ou outro.

Sol: Não, pode usar o nosso nome, não tem problema.

Dáfne: Que tal vocês pensarem em algum nome. Vamos deixar vocês sozinhos um pouco para conversarem.

Sol: Então tá bom, nós pensaremos.

Saimos do corredor e nos dirigimos a sala de medicamento. Ficamos muito felizes e nos abraçamos pois tínhamos certeza de que seria uma experiência enriquecedora para o nosso trabalho. Pegamos o termo de consentimento e nos dirigimos para o leito de Lua. Chegando lá observamos que ambos estavam cochilando e resolvemos não atrapalhar deixando para mais tarde.

Passaram-se 15 minutos e retornamos para começarmos o controle de BCF, DU e sinais vitais, mas antes pedimos para assinarem o termo de consentimento.

Aurora: Lua, qual a última vez que tu comeste?

Lua: Acho que foi ontem no almoço.

Aurora: E ontem jantasse alguma coisa?

Lua: Não.

Aurora: O que recebestes de café da manhã aqui no hospital?

Lua: Não recebi nada.

Aurora: E tu Sol, quando comestes pela última vez?

Sol: Ontem eu jantei.

Aurora: Se tu quiseses sair para comer alguma coisa, tu podes. Tem uma lanchonete aqui dentro do hospital.

Sol: Não tem problema?

Aurora: Não, queres sair?

Sol: Conversa com Lua e fala para Aurora: Vou sair então.

Aurora: Leva Sol à porta e diz: Podes pendurar o teu avental aqui, tirar o propé e colocá-los ali, quando retornares é só apertar a campainha que eu vou te buscar.

Dáfne: Retorna ao leito de Lua e percebe que a mesma estava no meio de uma contração. espera passar e pergunta:

Dáfne: Lua, tu achas que está fazendo efeito o teu sorinho?

Lua: Tá! (Dáfne percebe que Lua permanecia deitada de lado esquerdo).

Dáfne: Alguém te orientou quando tu estiveres na cama para tu ficares virada para o lado esquerdo?

Lua: Quando eu cheguei o rapaz falou. O primeiro me atendeu que falou para eu ficar de ladinho.

Dáfne: Sabes por quê?

Lua: Por que?

Dáfne: É porque aqui atrás nas tuas costas passa uma veia e uma artéria e quando tu ficas de barriga para cima tu fazes a compressão, daí passa menos sangue para o teu bebê, e menos oxigênio.

Aurora: Eu vou lá ver se tem algo para tu comeres.

Aurora saiu do quarto, perguntou a uma funcionária se a dieta de Lua tinha sido providenciada. A mesma relatou que havia providenciado mas que ainda não tinha chego. Percebeu então que haviam esquecido. A funcionária sugeriu para esquentarmos a água de batata que havia sido trazida.

Aurora: Ali tem uma água de batata e ela foi dar uma esquentada tá, porque é a única coisa que podes comer. (Aurora continua e explica o jejum no trabalho de parto) De repente de tarde se tu estiveres assim, com poucas contrações, aí tu comes alguma coisa... Será que vai precisar?

Lua: Acho que não.

Aurora: Ah, então, é isso aí! Tem que pensar positivo, né. Pensasse em algum apelido, algum pseudônimo?

Lua: Esquecemos de falar. Não pode se o nome?

Dáfne: Geralmente neste tipo de trabalho a gente não usa o nome, porque muitas coisas que vocês vão dizer para a gente, da vida de vocês, procuramos não identificar.

Lua: Mas se vocês quiserem.

Aurora: De repente usar o segundo nome. Vocês dois tem três nomes né?

Lua: Tem.

Aurora: É, de repente usar R e B.

Lua: Pode ser, pode ser!

Dáfne: Mas tem nomes tão bonitos, praias, comidas favoritas, flor, cor, anjo, tem bastante coisa. Tu não tens nenhum apelido, um nome que vocês chamam um ao outro?

Lua: Ele me chama de pichula.

A funcionária chegou com a dieta e disse: Já que ela pode, daqui a pouco vem um café para ela.

Aurora entrega a dieta para Lua e comenta: É Lua, ficar sem comer está difícil.

A funcionária se propõe a solicitar a dieta, café da tarde.

Aurora: Está bom para tomar?

Lua: Está.

Aurora: Como estão as contrações agora?

Lua: Depois do sorinho aumentou.

Funcionária: O forrinho tu estás trocando como eu te ensinei?

Lua: Ele está meio sujinho.

Funcionária: Ah, então eu vou deixar outro aqui. Eu orientei ela mesma a trocar.

Aurora: Eles estavam fazendo os controles, vendo como é que estava o coração do teu bebê e as tuas contrações?

Lua: Só quando eu cheguei.

Aurora: Aqui dentro não?

Lua: Não.

Aurora: Então tá, agora que começou as tuas contrações e ficaram mais frequentes então a gente faz um controle melhor, de meia em meia hora a gente escuta o coraçãozinho do teu bebê e de uma em uma hora a gente faz a dinâmica uterina, sabes o que é isso?

Lua: É o exame do toque?

Aurora: Não, esse é outro. O toque ele é feito de quatro em quatro horas porque já estourou a sua bolsa. A DU é colocar a mão na tua barriga e ficar contando em dez minutos quantas contrações vem e quanto tempo elas ficam. Isso tudo é para ver como está você e o teu bebê. Depois que tu comer daí a gente começa.

Dáfne: Como é que é mesmo o nome do teu bebê? Ah, é Céu né?

Lua: Eu já sabia desde o começo que era menino.

Aurora: É, por que tu achas isso?

Lua: Da outra vez que era menina eu engordei o corpo todo e minha barriga ficou bem redonda, dessa vez só engordei a barriga e ela ficou bem pontuda... Se fosse menina seria Fernanda.

Aurora: Ah, que legal.

Lua: É um menino, vai ser o Daniel, tem que ser saudável.

Dáfne: Tu vez ultrassom? Tem certeza então que é um menino?

Lua: Hum hum. No ultrassou deu um menino.

Aurora: E o teu pré-natal tu fizeste onde?

Lua: No estreito.

Aurora: Ah tá. Tu moras lá no estreito?

Lua: Eu moro no Rio Tavares.

Aurora: Porque ias pro Estreito fazer o pré-natal?

Lua: Porque primeiro eu não gostei do atendimento lá no Rio Tavares. A primeira vez que eu fui já pra marcar a consulta marcaram e no dia que eu fui não tinha médico, aí marquei mais uma vez e não deu certo de novo. Por que marcaram uma consulta se não tem médico que atende? Daí eles disseram que eu poderia marcar de novo que se não tivesse médico, quem fosse me atender seria outra pessoa, uma enfermeira, ou qualquer outra me atendia. Mas eu precisava da requisição para fazer os exames. Eu morava lá no coqueiros e fazia os exames lá no estreito, o preventivo. Eu já estava acostumada a ir lá, mesmo que fosse longe, era melhor... A médica que me atendeu lá trabalha aqui. É a doutora I. Ela é bem boa.

Aurora: Que bom então que tu arranjaste uma médica boa.

Dáfne: Fizeste quantos ultrassom?

Lua: Só um.

Dáfne: Foi quando?

Lua: Foi agora, com sete meses. Eu comecei o pré-natal tarde, com 4 meses, porque como eu já tinha ficado com dois meses de atraso e não veio outras vezes eu achei que era a mesma coisa, eu fiquei esperando, e eu tava sentindo a mesma coisa que eu sentia antes, antes de eu ficar menstruada, né. Nervoso, cólica também eu só tava esperando chegar a menstruação, mas como tava demorando, daí já era três meses.

Dáfne: Daí, tu fizeste algum teste, procuraste o médico?

Lua: Eu fui direto pegar o pedido do exame.

Dáfne: Estavas se prevenindo com algum método?

Lua: Eu já tinha parado de tomar comprimido a três meses.

Dáfne: Porque tu tinhas parado?

Lua: Exatamente pra vim o Céu.

Dáfne: Ah, que legal, então foi bem planejado?

Lua: Foi.

Dáfne: Que bom então. Como receberam a notícia de que tu estavas grávida?

Lua: Ah, eu já comecei a desconfiar, né. Daí quando veio o exame eu já tinha praticamente certeza.

Dáfne: Que legal.

Aurora oferece mais água de batata.

Aurora: Queres mais um pouquinho?

Lua: Não, acho que nem quero mais esse...

Aurora: Eu vou deixar aqui do teu lado, tá. E se tu quiseres água é só me pedir que eu trago, tá bom?

Lua: Aquele nome que tu queres, são dois?

Aurora: Aquele apelido, que a gente chama é, são dois, um pra ti e um pra ele.

Dáfne: Agora eu vou escutar com este aparelho os batimentos cardíacos do seu bebê. Já fizeram isto antes no Hospital?

Lua: Só uma vez quando eu cheguei.

Aurora: Sabes com mo é que o Céu está na tua barriga?

Lua: Acho que ele está atravessado.

Dáfne: Como assim, atravessado? Aonde está a cabeça dele?

Lua: Acho que a cabeça dele está aqui. (apontando para o quadrante superior esquerdo).

Dáfne realiza as manobras de Leopold e diz:

Dáfne: Teu bebê já está virado para baixo, já ouviu a expressão “encaixadinho”?

Lua: Acho que é quando ele está se preparando para nascer.

Dáfne: É isso aí mesmo, ele já está com a cabeça para baixo.

Dáfne iniciou o BCF.

Dáfne: Agora ele está se mexendo né?

Lua: É.

Dáfne: O que você sente quando ele mexe?

Lua: Dá vontade de morder, de dar um monte de beijinhos.

Aurora: Vira e mexe ele está se mexendo.

Lua: Desde os quatros meses ele se mexe.

Aurora: Agora vou fazer controle, a dinâmica uterina, vou ficar com a mão na tua barriga para ver quantas contrações tu vais ter e quanto tempo fica de duração.

Aurora coloca a mão sob a barriga de Lua e percebe que a mesma está no meio de uma contração.

Aurora: Está passando já?

Lua: ... Tá.



Dáfne: Quanto tu vens para o hospital, o que tu sentes?

Lua: Não consigo relaxar de jeito nenhum, nem que eu vá, já fui tomar vacina e já fico assim, nervosa.

Aurora: Da tua outra menina como é que foi? Por que tu foste pro hospital?

Lua: Quando a bolsa estourou.

Aurora: Foi por causa da bolsa também?

Lua: É, só que não demorou as contrações, vieram logo em seguida, uma meia hora e já comecei a sentir.

Aurora: Ah! E o que que tu achas, estoura a bolsa e começa, estoura a bolsa e demora?

Lua: Pensava que era a mesma coisa. Eu não sabia que podia demorar.

Aurora: Já te explicaram que é normal, demorar para vim a contração.

Lua: Não, não sabia.

Aurora: Estás aqui no hospital mas estás bem. Estourou a tua bolsa, mas o D. esta bem, não é porque tu não tem contração forte que tua não estás em trabalho de parto! É que as vezes demora um pouco mais do que as outras vezes, cada gravidez é uma gravidez, cada parto é um parto, cada bebê é um bebê, não é?

Lua: Se tivessem me dito isso na hora que rompeu a bolsa, eu teria ficado mais tranqüila.

Aurora: Agora deu uma relaxada boa, o Céu está dormindo.

Lua: Cansou um pouquinho!!

Aurora: E a tua internação lá no hospital em Fráiburgo, como foi?

Lua: Foi a mesma coisa

SILÊNCIO...

Lua apresenta uma contração.

Aurora: O que tu tivesses lá e tiveste aqui também?

Lua não respondeu. PAUSA.

Aurora: O soro foi diferente?

Lua: Ah é o soro é uma coisa diferente. Não foi necessário lá.

Aurora: E o que mais?

Lua: Só assim, eles fazem o controle, um pouco diferente. Ao invés de escutarem o coração do bebê com esse aparelho, eles fazem exame de toque, vê a dilatação, todo momento quando eu tenho dor.

Aurora: Queres que eu levanta a tua cama?

Lua: Acho que não precisa não.

Aurora percebe que Lua estava em decúbito dorsal e sugere:

Aurora: Que tal virar um pouco para o lado esquerdo?

Aurora: Está vindo outra?

Lua Balança a cabeça em movimento afirmativo e neste momento Sol volta do almoço.

Lua: Olá! Chegou bem na hora da contração.

Nessa hora Sol arregala os olhos ao perceber a face de dor de Lua permanecendo estático.

SILÊNCIO

Aurora: Já está diminuindo (referindo-se as contrações), Já passaram os dez minutos.

Aurora explica à Sol o procedimento da D.U.

Lua cobria seu peito quando o mesmo ficava descoberto.

Aurora: Queres que eu feche a tua camisola?

Lua: Não, pode deixar assim.

Aurora: Se tu quiseses levantar eu fecho.

Aurora: A gente acabou de escutar o coraçãozinho, então daqui a meia hora eu faço de novo, daí tu vais poder escutar também.

Sol: Tá!

Aurora: Sol, tu acompanhaste as consultas do pré-natal?

Sol: Não, eu estava sempre trabalhando. Eu fui em apenas uma.

Aurora deixa os dois sozinhos. Ambos foram para o corredor caminhar...

Às duas horas Aurora retorna para fazer os controles e tentar verificar o BCF com Lua sentada em um banco, Lua percebe que Aurora não estava conseguindo e pergunta: Queres que eu deite?

Aurora: Pode ser!

E foram para o leito.

Aurora: Vou colocar o termômetro desde lado para desde colocar o aparelho de pressão.

Sol: Tive de comer lanche, não tinha almoço e ainda trouxe outro.

Aurora verifica a pressão.

Aurora percebe que durante os procedimentos ambos permanecem calados e fala: Vocês podem conversar, finjam que eu não estou aqui.

Dáfne percebe que Lua apresenta uma contração.

Dáfne: Sol, geralmente neste período a mulher tem muita dor nas costas e uma coisa que a gente pode fazer para ajudar é fazer uma massagem durante as contrações, que é a hora que dói mais.

Dáfne demonstra a técnica: é bem aqui embaixo (com as mãos na região sacral em movimentos giratórios) bem forte e quando passar a contração a Lua te avisa.

Neste momento Dáfne percebe que Sol demonstra embaraço em iniciar a massagem e Dáfne, incentiva-o demonstrando inicialmente e estimula-o. Sol então continuar a massagem.

Dáfne: Lua, vê se não alivia?

Lua balança a cabeça em movimento afirmativo, Sol começa a fazer a massagem demonstrando interesse e concentração.

Dáfne: Viu, é uma coisa que a gente pode fazer para aliviar.

Aurora nota que Lua se abana com a camisola e indaga: Estás com calor?

Lua não responde.

Aurora tenta outra vez: queres que eu ligue o ventilador?

Lua: É, está um pouquinho quente.

Aurora liga o ventilador e inicia a Dinâmica Uterina.

Lua: Tá bem mais freqüente, não dá pra tirar o soro, não?

Aurora reforça explicando por que do soro com ocitocina.

SILÊNCIO

Aurora: Qual foi a última hora que fizeram o toque em ti?

Lua: Era 8:30 horas quando nos chegamos.

O obstetra chega e pergunta: Quantas contrações deu?

Aurora: Três, duas de 35 e uma de 30.

Lua: Será que até a noite ele chega?

O obstetra responde: Chega!

Aurora: não tens que perguntar isso, tens que falar que até a noite ele chega aí o Céu já está ouvindo (incentivando-a a pensar positivo)... estavas melhor quando estavas lá caminhando?

Lua: É porque eu não estava sentido nada. Mas é ruim. (neste momento apontou para a bomba de infusão).

Sol: Eu carrego não tem problema. E já foi logo mostrando-se interessado.

Aurora e Sol ajudaram Lua a sair do leito e Sol foi empurrando a boca de infusão. Ambos dirigiram-se para o corredor e Sol Pergunta para Lua: Tu queres caminhar ou ficar sentada? (referindo-se ao corredor)

Lua: Quero caminhar... Tem que troca o forrinho, tá sujo! (fala para Aurora)

Aurora: Pode deixar aí na cama que depois eu tiro.

Aurora pega um forrinho limpo para Lua

Lua começa a sentir uma contração em pé do lado do leito

Aurora: Respira pelo nariz e solta pelo boca (durante a contração). Já vai passar... Respirar fundo agora, bem profundo. (quando a contração termina.)

O obstetra chega, faz um toque e diz: Ela está com dilatação total, pode levar para a sala. (neste momento ainda continua)... O que tu achas de fazer um parto cócoras?

Lua: Não, não. Eu quero deitada.

Obstetra: Vai ser melhor. Não precisa corte e é mas rápido.

Lua: Não!

Obstetra: Tu é quem decide!

E saiu

Sol: Vamos amor! O que tu achas. Por que tu não tenta?

Lua: Eu não quero.

Sol: Vamos tentar amor!

Lua: Não, não!

Dáfne: Então vamos para a sala que você escolheu

Auxiliamos a colocarem a toca e o propé e a conduzimos para a sala.

Na sala de parto

Lua foi levada às 16:15 horas para a sala de parto, Estava com soro e ocitocina, foi ajudada por Dáfne e se colocada na mesa de parto horizontal. Sol ficou ao lado de Lua, com olhar aparentando medo, espanto. Na sala estavam Dáfne, o obstetra, um acadêmico de medicina, Aurora, a Enfermeira e um Técnica de enfermagem. Lua começou a apresentar contrações e fazia força mais com pouca duração. Deste modo foi orientada:

Dáfne: Lua quando você estiver com contração, puxa bem o ar, tranca a respiração e faz força, colocando o queixo sobre o peito. Tenta direcionar a tua força toda para baixo. Tenta fazer um força bem longa.

Sol permanecia ao lado de Lua, passava a mão no seu cabelo e encorajava-a: Isso, faz assim como ela falou. Vamos lá você consegue!

Lua: Eu sei, eu sei.

Lua começou a apresentar outra contração. Em um primeiro momento comportou-se da maneira como foi explicada, após não posicionava o queixo no peito e Sol então a corrigia: Coloca a cabeça aqui. Isso, assim!

Durante as contrações ele a encorajava com algumas frases.

“Vamos lá, você consegue!”

“Vai, mais força!”

“Vai dar tudo certo!”

Durante mais ou menos a quarta contração a obstetra falou: Olha, a cabecinha já esta aparecendo,. Vamos lá, faz uma força bem grande.

Sol neste instante tentou ver após falou: Lua, vai, tá quase nascendo! (apresentava os olhos cheios de lágrimas).

Foi realizado anestesia local e a episiotomia. Lua Apresentou outra contração, Sol colocava a mão na sua nuca na tentativa de apoiar sua cabeça e encoraja-a.

Sol: Vai, tá quase!

Quando a obstetra falou “Continua fazendo força que vai nascer”, Sol emocionado diz: Vai, vai, faz mais força, já tá nascendo amor!

Quando a cabeça do bebê insinuou havia uma circular de cordão e a obstetra logo cortou o cordão neste momento. Céu nasceu às 16:37 horas e a obstetra colocou-o em cima da mãe. Sol e Lua olhavam espantados e emocionados para o bebê e perceberam, que era menino.

Sol beijou Lua e começou a falar.

Sol: Amor, muito obrigado. Muito obrigado por ele ter nascido, por você ter me dado ele.

Repetiu essa frase pelo menos umas três vezes, passando as mãos nos cabelos de Lua, neste momento chorando emocionado. Sol e Lua observavam o bebê sendo avaliado pelo Neonatologista.

Lua: Quanto ele pesa?

Dáfne: Ele ainda não foi pesado.

Lua apresenta-se calma e Sol ainda emocionado.

O bebê foi pesado e Lua Pergunta.

Lua: Quanto foi o peso?

Neonatologista: 3.280 kg.

Sol e Lua sorriram e se olharam.

Sol: Ele é lindo.

Céu foi colocado junto à mãe para iniciar a amamentação. Dáfne ajustou o bebê, colocando-o pele à pele e cobrindo-o. Sol e Lua a olhavam para ele e diziam: “Olha como é lindo. É bem fofinho!”

Céu apresentava uma certa dificuldade para pegar a mama direita pois a mesma apresentava o mamilo invertido.

Dáfne: como foi que tu amamentaste da outra vez?

Lua: Eu amamentei nos dois peitos, só que este ficou assim logo que parei de amamentar. Acho melhor colocar ele do outro lado.

Dáfne: Eu te sugiro colocar ele de vez em quando nesse peito, pelo menos para ver se ele consegue. Pois o próprio bebezinho com sua boquinha, ajuda puxando o mamilo para fora.

Dáfne tentou com a expressão do mamilo trazê-lo para fora, mas não conseguiu. Dáfne troca Céu de posição colocando-o para mamar na mama esquerda.

Sol e Lua conversavam com Céu, olhavam-no, faziam carinho. Céu com auxílio da mãe, conseguiu pegar a mama, mas não tinha bom poder de sucção. Céu permaneceu junto à mãe uns 30 minutos. Após fora levado pelo Neonatologista para ser avaliado. Aurora convida Sol para acompanhar os cuidados com Céu o mesmo aceita ir. Permaneceram na sala de parto Dáfne e um acadêmico de medicina à espera da dequitação. Foi colocado mais um soro com 10 Ui de ocitocina para correr lentamente pois o outro havia terminado.

Dáfne: Lua, no seu outro parto, como foi este período para a placenta sair?

Lua: Ela saiu logo em seguida.

Dáfne: como estás te sentindo?

Lua: Bem, mas não sabia que ia demorar tanto. (Passaram-se uns 40 minutos que Céu tinha nascido).

Dáfne: Como estás te sentindo?

Lua: Bem. Mas isto pode acontecer?

Dáfne: O que?

Lua: Essa demora?

Dáfne: Pode. Não necessariamente após o bebê nascer sem seguida a placenta sai. Pode demorar ou pouco.

Lua aparentava cansaço, demonstrava-se calma.

Dáfne colocava a mão no fundo do útero e o massageava na tentativa de ajudar a descolar a placenta, enquanto o acadêmico de medicina verificava se a mesma havia descolado.

Dáfne: Como estás te sentindo agora?

Lua: Estou sentindo as minhas pernas dormentes.

Dáfne começou a massagear uma perna de cada vez na tentativa de aumentar a circulação sanguínea e relaxar a musculatura.

Dáfne: Lua agora melhorou?

Lua: Agora sim. Aliviou um pouco.

Dáfne continuava a massagear as pernas de Lua para aliviar a tensão e a estase sanguínea.

Dáfne aguardavam o momento de dequitação e enquanto isso na sala de cuidados com Céu.

Enfermeira: É o teu primeiro filho?

Sol: Não, ela tem uma menina, que não é minha filha, que não mora com a gente. Eu tenho dois filhos que também não moram comigo, moram com a mãe... Engraçado, ela parecer que não se 'da muito comigo. Tem ciúme. Eu fico preocupado com ela... mas eu sempre disse pra mãe dela, a filha em primeiro lugar, né. A gente faz tudo para tentar agradar, eu tento chegar, não consigo, então não posso forçar...

Enfermeira: Isso, não pode. Tu tens que demonstrar para ela que essa preocupação, esse carinho, vai passar. Enquanto ela é criança ela te enxerga como um inimigo por que ela acha que tu estás tirando o lugar dela, mas quando ela crescer que vai ser em pouco tempo, isso vai mudar.

Sol: A gente diz para C., a gente mudou, alugamos um galpão para trabalhar, eu trabalho com móveis, aí se por um acaso eu arrumar um serviço o primeiro quarto eu disse C. tu vens para cá esse é o teu quarto, aí na época que a gente mudou em entre meios disse como né, não queria tá tirando ela, pois numa hora estávamos num canto, outra estamos no outro. Mas toda hora que a gente pode, a gente busca ou ela vai ou a vó leva, tá sempre em contato.

Enfermeira: E os teus filhos?

Sol: Os meus eu não vejo faz tempo.

Enfermeira: Ficaram com a mãe?

Sol: Sim.

Aurora: E eles sabem que agora vão ter um meio irmãozinho?

Sol: Não.

Aurora: É uma grande notícia isso. Eu tenho um meio irmão. Amo de paixão! Já não é neném tem 8 anos.

Enfermeira: Ele moram aqui também?

Sol: Não, em Porto Alegre.

Enfermeira: Às vezes quando a gente se separa, acontece isso...

Sol: Incrível! Essa noite eu sonhei a noite inteira com a minha menina, (fala emocionado), eu cheguei a dormir de roupa, parecia que estava presentindo que viria um menino. Por que eu senti muito, esse menino para mim é mais do que se fosse o primeiro, eu nunca senti uma emoção tão forte quanto a espera, a angústia desse menino chegar logo (falando com lágrimas nos olhos).

Enfermeira: Será que tu viveste mais de perto essa gravidez do que ela?

Sol: Essa sim, essa foi... Eu trava trabalhando na rua e de hora em hora, de meia em meia hora eu ligava para casa, deixei de pegar serviços na rua para ficar perto dela, pra hora dela precisar...

Enfermeira: E como que a gente pode dizer que o pai não engravida?

Sol: É! Eu sentia dor de dente.

RISOS

Sol: Eu sentia enjoô também e vontade de comer as coisas, que ela nunca sentia, eu via uma fruta na rua e enquanto eu não comia essa fruta eu ficava doente, eu tinha que comer, peixe eu não gosto, me deu um vontade louca de comer peixe agora, três dias antes, de vir para o hospital.

Enfermeira: Isso é porque o homem engravida também, o nascimento, porque como tu vivesse tanto esta gravidez como ela...

Sol: É que a gente planejou, porque foi correndo tudo bem certinho o D. deu até o tempo certo para nos montarmos o berço dele.

Enfermeira: Tu que fizeste o berço dele?

Sol: Por incrível que pareça não, o berço eu ganhei. Tenho uma fábrica de móveis e não fiz o berço. Daí a mãe ontem que lixou o berço antes de vir para o hospital, fui saber só hoje as 6 horas da manhã que ela já tinha arreventado a bolsa às 3 horas da manhã. Eu tava trabalhando fora e ele tinha lixado o berço e deixado tudo prontinho para mim chegar em casa e pintar.

Enfermeira: Aí tu pintaste e vieste direto para cá?

Sol: Ainda nem pinteí.

RISOS

Neste momento o recém-nascido estava pronto para ser entregue ao pai. Havia recebido todos os cuidados. Quando Sol foi segurá-lo, a enfermeira percebeu um pouco e dificuldade e falou para Aurora: Ensina ele a passar a mão por baixo.

O mesmo assim o fez e segura então, o recém-nascido corretamente

Sol: Posso levar lá pra mãe?

Aurora: pode.

Enfermeira: Muitas felicidades pra ti, para as tuas crianças, muito sucesso.

Haviam passado-se 50 minutos que o Céu havia nascido.

Aurora e Sol com o Céu no colo entravam na sala de parto.

Aurora: Quer coisa mais linda, viu Lua!?

Lua: Dá vontade de dar uma mordida!

Aurora: Uma mordida não aconselho mas umas beijocas.

SILÊNCIO

Aurora: Lua, o que tu achas que foi feito no teu bebê naquela salinha?

Lua: Agora?

Aurora: É, o Sol não pode soprar.

Lua: Eu acho que deram o banho e só.

Aurora: Só deram o banho?

Lua: Examinaram ele.

Aurora: Examinara como, o que fizeram?

Lua: Examinaram as partes, os pés...

Aurora: Pra ver se está tudo certinho?

Lua: É

Aurora: E o cordão umbilical, o que tu achas que foi feito? Achas que deram banho? Molharam tudo? Fizeram curativo? Achas que não molharam?

Lua: Acho que não molharam.

Aurora: Não molharam? Por que tu achas que não molharam?

Lua: Tem que esperar para molhar...

Aurora: Tu achas isso por causa da tua outra gravidez que foi assim, ou por causa que as pessoas falam?

Lua: Eu acho que é assim.

Aurora: Então o Sol vai te dizer o que fizeram.

Sol: Eles mediram, pesaram, tiraram um líquidozinho do estômago dele, fizeram uma lavagem, tomou banho.

Aurora: E o cordão, molharam?

Sol: Lavaram tudo, enrola ele enroladinho lava a cabecinha primeiro depois seca e dá o resto do banho.

Aurora: E eles colocaram o mercúrio que tu disseste que colocavam antigamente?

Sol: Não, agora é só álcool, um álcool que a gente ganha quando sai do hospital.

Aurora: Viste Lua o Sol já pode te ensinar tudo, amanhã ele já pode dar o banho...

Aurora: Sol queres sentar um pouquinho?

Sol: Pode ser.

Aurora: Sabe o que a gente está esperando ainda?

Sol: A placenta.

Aurora: Já viste a placenta alguma vez?

Sol: Não.

Aurora: Tu imaginas como é a placenta?

Sol: É a capa que tá o bebê.

Aurora: E tu achas que é a placenta que envolver o bebê ou é outra coisa.

Sol: Ah, eu acho que seria a placenta.

Aurora: então tá, quando a placenta sair a gente te mostra direitinho ainda fica o bebê.

Sol: Hum, hum

Aurora: Da outra vez que ti tiveste bebê, eles colocaram o bebê em cima de ti para ter o primeiro contato, pra ficar no teu peito?

Lua: Não.

Aurora: O que tu achaste disto?

Lua: Há, é bom!

Aurora: É bom ou é ótimo?

Lua: É ótimo

SILÊNCIO

Enquanto conversavam Dáfne massageava as pernas de Lua. A obstetra havia chego à sala e iniciou um clima de preocupação pois haviam passado-se 1 hora e 5 minutos e a placenta apresentava-se bem presa no fundo do útero.

A obstetra com a mão no fundo do útero fala: "Lua tenta agüentar, pois vai doer um pouco, eu vou apertar tua barriga para ver se a placenta sai. Temos que tentar assim por que não teremos que fazer uma anestesia geral e vai ser prior." A obstetra fez a manobra umas três vezes e nada da placenta descolar.

Lua reclamava: Ai, tá doendo, eu acho que não vou agüentar!

Após as manobras Lua começou a apresentar hipotensão, palidez, sudorese e respiração aumentada podem ser observados. Sol observava tudo calado e muito atendo.

A enfermeira ligou o oxigênio e pediu para Dáfne direcionar para uma das narinas de Lua.

Dáfne: Lua você está bem?

Lua sussurrava com os olhos fechados.

Dáfne estimulava Lua a falar para avaliar o grau de orientação da mesma.



A pressão arterial foi verificada e estava 60 × 80 mmHg; foi colocado um soro fisiológico para correr rapidamente.

Após alguns minutos, Lua obteve uma melhora e foi esperado o quadro dela se estabilizar.

Um outro obstetra chega à sala para ajudar. Realizou então uma extração manual da placenta.

Lua reclamava de muita dor.

A placenta então foi retirada após 1 hora e 22 minutos de espera. Lua apresentava-se exausta e Sol com o olhar atendo e de preocupação.

Foi administrado um antibiótico e um analgésico em Lua. Os obstétricas despediram-se de Sol e Lua e saíram da sala.

Aurora, Dáfne e a Enfermeira limpavam Lua, que apresentava cansaço e expressava alívio, colocaram na maca e levaram na à SRPA.

Chegando a SRPA, Dáfne colocou o aparelho para medir a pressão e a frequência cardíaca. Sol mostrava o bebê à mãe, que olhava expressando felicidade.

Dáfne verificou o fundo uterino para ver se estava retraído, o sangramento, que apresentava-se normal e o períneo. Foi colocado uma bolsa de gelo na perineo de Lua.

Dáfne: como você está?

Lua: Cansada, com um pouco de dor, mas estou bem.

Dáfne: É, demorou, mas deu tudo certo! Estás aqui e o teu bebê também.

Lua: É graças à Deus.

Dáfne: Como é que foi estar acompanhada por alguém que tu escolheste?

Lua: Acho que foi ótimo, é bom ter uma companhia, agora se fosse outra pessoa não seria a mesma coisa, eu não ia ficar tão a vontade.

Dáfne: E tu recomendarias a presença de um acompanhante a outras mulheres?

Lua: Tem que ser um acompanhante que a pessoa se sinta bem. Sei lá, ele me ajuda a suportar tudo.

Dáfne: Como tu te sentiste durante esta experiência, depois que tu tiveste a tua outra menina.

Lua: Foi como se tivesse sido a primeira vez, o primeiro filho.

Aurora: Te peço que tu fales os pontos positivos do parto dele.

Lua: Foi companhia do Sol, o apoio de vocês, o meu filho.

Dáfne: Ponto negativo?

Lua: O único ponto negativo é a dor.

Aurora: Como vocês se sentiram depois de conhecer o Centro Obstétrico e escolher o tipo de parto antes de ganhar bebê?

Lua: É bem melhor ter conhecido antes, é bom.

Dáfne: Por que foi bom?

Lua: Eu e ele já tínhamos uma imagem do lugar, das pessoas, já tava tudo na mente da gente, bem cuidados, atenciosos.

Dáfne: Como é que tu te sentiste quando assim que o bebê nasceu, foi posto junto de ti para mamar? O que tu achaste deste momento?

Lua: Muito bonito, né! Um coisa muito bonita.

Aurora: Da tua outra menina também fizeram isso? Colocaram ela junto de ti?

Lua: Não.

Aurora: Qual foi a tua experiência desta vez então? De ter logo ele pertinho de ti?

Lua: Foi muito bom, é lindo, é importante o contado dele comigo, né?

Dáfne: Acho que ele não quer mais, também ele já mamou 30 minutos... está de barriguinha cheia. Estás sentindo que ele esta puxando bem o teu peito?

Lua: Tá, tá.

Dáfne: Sol o que significou este parto pra ti?

Sol: Foi muito bom.

Dáfne: O que tu achaste de poder estar com ela?

Sol: Foi uma emoção muito grande, uma coisa que eu nunca imaginava que eu teria essa coragem, achei muito bom, muito lindo.

Dáfne: E tu aconselharias a todo pai?

Sol: Com certeza. A gente tem até um casal de amigos, a gente pode aconselhar, eles já queriam vir pra cá, o que a gente pode fazer é dizer do bom atendimento, o serviço, o carinho que vocês tiveram com a gente. Eu não esperava ganhar um atendimento assim no hospital.

Lua: Nem eu.

Sol: Inclusive quando eu falava do H.U. teve gente dizia para ir para a Maternidade Carmela Dutra. Mas eu enfiei na cabeça que seria aqui o parto.

Dáfne: O que tu achaste do cuidados prestado a vocês?

Sol: Ótimo! (Respondendo rápido)

Dáfne: Do pessoal de Enfermagem?

Lua: Muito bom, me senti muito bem.

Aurora: E do atendimento oferecido por mim e pela Dáfne, nós estudantes de enfermagem, que estamos fazendo este trabalho?

Lua: Muito bom!

Sol: Muito bom, para nós foi ótimo, uma apoio que a gente teve e que não esperava. Desde a hora que a gente entrou no hospital, quando ele chegou 8:05 da manhã até o último momento a gente não tem nada para reclamar, não deixou nada a desejar!

Dáfne: Vocês tem alguma sugestão, em relação alguma coisa que vocês viram a necessidade, que sentiram falta, alguma coisa que faltou e que não teve?

Lua: Acho que não tá faltando nada.

Dáfne e Aurora deixam eles a sós.

Dáfne e Aurora retornam a SRPA para a despedida e agradecimento.

Aurora: Ai que delícia! Comendo uma comidinha.

Dáfne: Ele já foi conhecer o vovó, ela estava desesperada querendo conhecer Céu, lindo né?

RISOS.

Aurora: Eu estava ajudando a Enfermeira e agora a gente veio nos despedir de vocês.

Dáfne: A gente veio aqui nos despedir, dizer que foi muito legal, vocês terem concordado em participar do nosso trabalho, vocês contribuíram imensamente, e também eu achei bem legal pelo que vocês disseram a gente poder ter contribuído, ter ajudado de certa forma para melhorar o trabalho de parto e parto dela.

Sol: É verdade.

Lua: É verdade.

Dáfne: A gente deseja a vocês tudo de bom, talvez a gente só volta na Segunda ou Terça, capaz de vocês nem estarem mais aqui.

Lua: Por mim eu iria amanhã.

RISOS.

Sol: Que nada, é bom ficar bem boazinha pra depois ir.

Aurora: Foi muito legal mesmo essa troca que a gente teve com vocês. Tudo de bom para ti, para o bebê e para ti.

Dáfne: Uma feliz páscoa pra todos, o presente de vocês chegou embrulhadinho.

Aurora: Tudo de bom.

Lua: Também boa sorte pra vocês.

Aurora: Obrigada, nos vamos fazer o concurso agora, já dá pra vocês torcerem no concurso.

RISOS

Aurora falando para Sol: Tudo de bom pra ti e pro bebê e para os teus outros filhos, entra em contato com ele, que ter uma irmãozinho é demais, eu tenho o meu irmão lá e sou apaixonada, amo, amo de paixão.

Sol: É...!

Sol: E agora quem é que vai mudar ela de lugar? Tem alguém que leva ela.

Aurora: Tem, as técnicas de enfermagem, agora como mudou o plantão outra moça vai ficar com vocês, daí ela vai para lá.

Sol: Mas é que eu queria sair? Daí eu posso não achar mais ela.

Aurora: Mas ela já vai sair.

Funcionária: Se tiver vaga lá ela já vai, mas agora eles estão passando o plantão, vai demorar um pouquinho.

Dáfne: Então dá tempo dele dar um descida e voltar?

Funcionária: Ele desce e depois fica esperando ali fora, né?! Umas oito ou nove horas a gente começa a encaminhar.

Sol: Durante uma hora ela vai estar aqui?

Funcionária: Com certeza, até nova horas eu acredito que ela esteja aqui.

Sol: Então eu desço ali, falo com a mãe, janto e subo. Pode ser?

Lua: pode.

Terminamos as despedidas e fomos embora.

<b>Levantamento de Dados</b>	<b>Diversidades e/ou Universalidade culturais do cuidado</b>	<b>Diagnóstico de Enfermagem a partir das diversidades e universalidades culturais d cuidado</b>	<b>Cuidado de Enfermagem desenvolvido a partir do diagnóstico efetuado</b>	<b>Avaliação do cuidado cultural</b>	<b>Reflexões</b>
Lua referiu quando questionada que não havia recebido fluidoterapia na outra gravidez e expressava medo, desconfiança.	Medo e desconfiança.	Necessidade de adaptação quanto a informação sobre a fluidoterapia.	Explicado a Lua o porque do soro com ocitocina, indicações e efeitos e tranquilizada.	Lua entendeu as orientações e não questionou a utilização. Adaptação.	Algo novo sempre traz consigo medo e insegurança, devemos sempre orientar e esclarecer possíveis dúvidas.
Autora: “Como foi o convite de assistir o parto?” Sol: “Sempre tive vontade de ver, não sei se vou aguentar...tenho medo de passar mal, de cair.”	Medo e insegurança.	Necessidade de adaptação quanto a percepção relatada.	Orientada quanto as posições nas salas e que teria um bando para o mesmo ficar sentado ao lado de Lua.	Sol apresentou-se tranquilo após as orientações, assistiu o parto e correu tudo bem. Adaptação	Hoje em dia a abertura ao acompanhante, principalmente aos pais, nas salas de parto vem crescendo cada vez mais incentivando-os a participarem ativamente no processo de parir do seu filho.

Levantamento de Dados	Diversidades e/ou Universalidade culturais do cuidado	Diagnóstico de Enfermagem a partir das diversidades e universalidades culturais d cuidado	Cuidado de Enfermagem desenvolvido a partir do diagnóstico efetuado	Avaliação do cuidado do cultural	Reflexões
Dáfnie percebe que Lua permanecia deitada de lado esquerdo. E quando questionada referiu não saber o porque de evitar esta posição.	Posição inadequada.	Necessidade de adaptação da posição.	Explicado o porque de evitar a posição de lado esquerdo, orientada para quando deitada permanecer de lado direito.	Após explicações Lua seguiu as orientações. Adaptação	É importante uma orientação reforçada com fundamentação científica para que as parturientes entendam o porque desse cuidado quanto a evitar a posição a posição de lado esquerdo.
Lua quando questionada sobre o que era dinâmica uterina relatou que era o exame do toque.	Percepção errônea.	Necessidade de adaptação quanto a informação da diferença dos procedimentos.	Explicado sobre diferentes procedimentos, como toque, BCF e DU.	Lua ouviu atentamente as explicações e demonstrou-se mais tranquila quanto a realização dos mesmos. Adaptação	As orientações sobre todos os procedimentos além de atenuar a ansiedade frente a algo novo é uma maneira de oferecer um cuidado mais humanizado.

Levantamento de Dados	Diversidades e/ou Universalidade culturais do cuidado	Diagnóstico de Enfermagem a partir das diversidades e universalidades culturais d cuidado	Cuidado de Enfermagem desenvolvido a partir do diagnóstico efetuado	Avaliação do cuidado do cultural	Reflexões
<p>Lua: “Eu já sabia desde o começo que era menino... da outra vez que era menina eu engordei o corpo todo e minha barriga ficou bem redonda, dessa vez só engordei a barriga e ela ficou bem pontuda...”</p>	<p>Crença.</p>	<p>Necessidade de preservação da crença relatada.</p>	<p>Não interferimos na sua maneira de pensar.</p>	<p>Preservação.</p>	<p>As crenças que não prejudicam a saúde da mulher o do bebê como a de relacionar a forma da barriga com o sexo do bebê não há necessidade de alteração de percepção.</p>
<p>Lua quando questionada sobre como Céu estava posicionado na sua barriga ela responde: “Acho que ele está atravessado.”</p>	<p>Percepção errônea.</p>	<p>Necessidade de adaptação quanto a real posição do Céu.</p>	<p>Explicado e mostrado a Lua a localização correta do Céu em sua barriga utilizando as manobras de Leopold.</p>	<p>Lua demonstrou entendimento sobre a explicação e não questionou mais o assunto.</p>	<p>Será que faltou orientação durante o pré-natal? Sabemos que Lua foi somente a 4 consultas.</p>

Levantamento de Dados	Diversidades e/ou Universalidade culturais do cuidado	Diagnóstico de Enfermagem a partir das diversidades e universalidades culturais d cuidado	Cuidado de Enfermagem desenvolvido a partir do diagnóstico efetuado	Avaliação do cuidado do cultural	Reflexões
<p>Aurora: “Foi por causa da bolsa também?”</p> <p>Lua: “ É, só que não demorou as contrações, vieram logo em seguida, um meia hora e já comecei a sentir.</p> <p>Aurora: “Ah! E o que tu achas estoura a bolsa e começa, estoura a bolsa e demora?”</p> <p>Lua: “Pensava que era a mesma coisa. Eu não sabia que podia demonstrar.” referiu que na gravidez anterior foi para o hospital por causa do rompimento da bolsa. Porém relatou que desta vez demorou sentir as contrações.</p>	<p>Percepção a cerca da similaridade dos dois trabalhos de parto.</p>	<p>Necessidade de adaptação quanto a singularidade do trabalho de parto e sua relação com as contrações</p>	<p>Lua foi tranquilizada que estava bem, de que o fato de não ter contração forte não significava algo patológico. Explicado a singularidade do trabalho de parto e parto.</p> <p>Adaptação</p>	<p>Lua: “Se tivessem me dito isso na hora que rompeu a bolsa eu teria ficado mais tranqüila.”</p>	<p>A grande maioria das parturientes relacionam o rompimento da bolsa com o fato do bebê nascer logo em seguida.</p>



## **APÊNDICE 9**

Processo de Enfermagem  
Identificação da parturiente e acompanhante

C. P. da F.(**Flica**), nascida em 08 de dezembro de 1974, 25 anos, união estável, católica, procedente de Belo Horizonte (veio para casa de sua mãe ganhar o bebê em Florianópolis), escolaridade 2º completo, comissária de bordo no momento desempregada. Internou no HU no dia 04 de abril às 8:13 horas referindo contrações a cada 3 minutos com duração de 1 minuto cada. Na triagem foi avaliada e apresentava os seguintes dados obstétricos: 2 cm de dilatação cervical, DU: 30" e 40", BCF de 140, 144, 132 bpm, bolsa rota às 5:00 horas e AFU de 32cm. Gesta I, para 0, aborto 0, idade gestacional (DUM): 40s e 6d e (USG): 39s e 6d. DUM: 23 de julho de 1999. Tipagem sanguínea: O Rh: +.

Flica estava acompanhada do companheiro e pai do bebê G.B.R. (**Tuti**), 27 anos, procedente de Belo Horizonte.

Abaixo segue a transcrição na íntegra das demais fases do processo de acordo com Leininger, realizados com **Flica** (parturiente) e **Tuti** (acompanhante) por **Aurora** e **Dáfne** (acadêmicas).

Aurora e Dáfne chegam no Centro Obstétrico e após a passagem de plantão, constataam que uma cliente poderia fazer parte do nosso estudo era uma primigesta, estava com acompanhante e com 4 cm de dilatação (tinha sido tocada às 13 horas).

Dáfne apresentou-se como estudante de enfermagem.

Flica: Estou tonta, com dor nas costas.

Flica estava sentada no leito com a cabeça abaixada e os pés apoiados em um banco.

Dáfne: Estás tonta?

Flica: Estou.

Dáfne: Você comeu alguma coisa hoje?

Flica: Só de manhã um copo de leite, mas vomitei às 10 horas mais ou menos.

Dáfne: Quem sabe essa dor nas costas não é porque tu estás assim, mal posicionada.

Flica sentou-se mais ereta e Dáfne massageou suas costas, ombros e pescoço.

Dáfne: Como está agora?

Flica: Está melhor. Flica aparentava estar gostando da massagem.

Quando apresentava contrações Flica gritava..

Dáfne: Por que você veio para o hospital?

Flica: Porque a bolsa rompeu às 6 horas da manhã.

SILÊNCIO

Dáfne: Estavas sentindo dor?

Flica: Um pouco, mas agora ela aumentou.

Neste momento Dáfne percebe que entrou um rapaz e pergunta:

Dáfne: Você é o acompanhante dela?

Tuti: Sou.

Dáfne: Meu nome é Dáfne, sou estudante de enfermagem estou aqui dando uma força para Flica que está sentindo dor. (neste momento Dáfne estava realizando massagem na região lombo-sacral de Flica).

Dáfne: O seu nome como é?

Tuti: Meu nome é Tuti.

A Enfermeira pediu a Aurora e Dáfne para olharem a outra parturiente que encontrava-se no leito ao lado da nossa possível cliente, pois também estava sentindo dor.

Enquanto Aurora permanecia junto com a parturiente do leito ao lado Dáfne percebeu que Flica estava gritando de dor. Foi até seu leito para tentar acalmá-la e percebeu que Flica não estava respirando adequadamente durante a contração.

A Enfermeira chegou no leito de Flica e conversou com a mesma. Flica disse que já estava com vontade de evacuar e de fazer força.

Flica pedia por remédios e dizia que não iria aguentar. A enfermeira também a orientou para realizar a técnica da respiração corretamente. Realizou o toque e percebeu que a mesma estava com 7-8 cm de dilatação e não com 4 como havia sido detectado, porém o bebê encontrava-se alto e a posição deitada seria a mais inadequada.

Após realizado o cuidado a enfermeira comentou com Aurora e Dáfne da possibilidade de encaminhar ao banho a parturiente ao lado e logo após Flica. Também disse para após o banho que Flica ficasse em pé e permanecesse de cócoras quando em contrações. Aurora levou a primeira ao banho e logo após dirigiu-se ao leito de Flica juntamente com Dáfne.

Aurora: Oi, Flica., boa tarde!

Sem resposta.

Aurora: Não está tão boa assim, né?

Flica: É.

Aurora: Bem Flica, meu nome é Aurora, sou estudante de enfermagem, e esta vocês já conhecem é Dáfne2.

Aurora: Nós estamos aqui fazendo nosso trabalho de conclusão de curso, estamos na última fase do curso de enfermagem. Estamos aqui para te ajudar e te auxiliar em tudo o que for possível. A enfermeira veio aqui falar contigo e disse que seria bom tu tomares um banho, não foi?

Flica: Foi

Aurora: Tu já está com uma dilatação boa, só falta o teu bebê descer.

Flica: É?

Aurora: É. Então que tal se ajudar um pouco, vamos sair um pouco dessa cama e ajudar esse bebê a nascer mais rápido.

Flica: Tem que tomar banho mesmo?!

Aurora: Não é que tu tens que tomar banho, mas se tu queres que o teu bebê nasça rápido é melhor tu tomares um banho, inclusive ajuda a aliviar a dor.

Flica levantou-se da cama com a ajuda de Aurora e Dáfne foi pegar toalha e camisola nova.

No banheiro Aurora: Flica, Coloca tua camisola na cadeira para poderes sentar e deixa a água correr bem na tua barriga, nos teus ombros e costas. Tu podes entrar junto para ajudares ela. (dirigindo-se a Tuti).

Aurora entregou a toalha e a camisola.

Tuti: Aonde mesmo que é para deixar cair a água?

Aurora: Na barriga, nos ombros e nas costas e fica o tempo que quiseses tá Flica, uns 15, 20 minutos. Vou fechar a porta e deixar vocês mais a vontade

Percebemos que durante o banho Flica gritava de dor e quando perguntada disse que estava fazendo força.

Passado 3 minutos a Enfermeira:

Enf.: Tem alguém com a Flica?

Dáfne: O Tuti.

Enf.: Tem que ficar de olho nela, se não o bebê vai nascer no banho.

Dáfne meio que desesperada entra no banheiro e ajuda Flica a sair do chuveiro.

Dáfne: Daí Flica, deu para relaxar um pouco?

Flica: Deu.

Dáfne: Vamos sair? Tu podes desligar a água. (Dáfne pede ao Tuti.)

Tuti desliga a água.

Dáfne: Vamos se levantar da cadeira e sair do box?

Flica: Espera aí gente, deixa passar a dor.

Dáfne: Claro!

Dáfne dá a toalha para Tuti.

Dáfne: Podes começar a secar ela mesmo sentada.

Tuti começa a secá-la. Flica levanta-se e reclama de muita dor. Flica: Ai, tá doendo muito. Aiiiiiii!

Flica começa a enxugar-se, sai do box.

Flica: Não pára de sair sangue, não dá para enxugar.

Dáfne: Não te preocupa que é assim mesmo, tua bolsa já rompeu e agora vai ficar saindo líquido. Não precisa enxugar.

PAUSA

Dáfne: Deu para relaxar no banho?

Flica Deu! Tá bom, chega! Quero sair daqui, tá muito quente.

Dáfne coloca o propé em Flica. e Tuti ajuda Flica a colocar a camisola.

Dáfne: Vamos para o quarto?

Tuti ajuda Flica a andar e ir para o quarto.

Chegando no quarto Flica joga-se na cama e deita-se.

Aurora: Então Flica, melhor um pouco?

Flica: Sim.

Flica: Não dá pra tirar aquilo do meu pé, tá muito quente, estou morrendo de calor. Coloca o ventilador virado pra mim. A outra menina ainda tá no banho?

Tuti: Tá.

Tuti vira o ventilador só pra ela.

Aurora tira o seu propé.

Aurora: Como eu disse pra vocês, nós estamos aqui fazendo o nosso trabalho de conclusão de curso. Como é o teu nome?

Tuti: Meu nome é Tuti.

Aurora: Meu nome é Aurora e o dela é Dáfne. (referindo a Tuti).

Aurora: Bem, nós queremos com este trabalho tornar o parto mais natural possível e a partir da cultura e das crenças de vocês realizar cuidados mais humanizado. Nós gostaríamos de saber se vocês tem interesse em participar?

Tuti faz movimento de sim com a cabeça.

Flica pensa e pergunta: Vai ter que falar alguma coisa?

Dáfne: Não, nós vamos te observar e depois que o bebê nascer nós vamos te perguntar algumas coisas.

Flica não responde, fica pensativa.

Enf.: Vamos ver como está esse bebê agora.

Enf. para Aurora: Já verificaste o BCF?

Aurora: Não, ela acabou de deitar.

A Enf. realiza o procedimento do BCF, demora a achar o foco e diz: Teu bebê está tão baixinho que é até difícil de encontrar o foco dele. A Enf. acha o foco e diz : Está tudo bem com o teu bebê e contigo.

A Enf. nesse momento realiza o toque.

Percebemos que Flica se contraía fechando as pernas.

Enf.: Flica, tens que abrir mais as tuas pernas, separar os teus joelhos. Pai, apoia lá a perna dela. Quanto mais tu te contrai mais dói.

Flica: Assim não Tuti, não puxa tanto pra baixo. Sai da frente do ventilador. (Flica fala brava com Tuti.)

Enf.: Já está aqui o teu bebê, não debes ficar na cama porque ele tem que descer mais um pouquinho pra nascer. Agora é hora de ficar sentada no banquinho e nas contrações ficar de cócoras.

Tuti: Já dá para ver?

Enf.: Já, olha lá o cabelinho!

Tuti vai ao lado da Enfermeira e começa a olhar.

Tuti: Aonde? Não estou vendo?

Enf.: Vem aqui atrás de mim que tu vais ver.

Tuti: Aquela coisinha?

Enf.: Isto, é a cabecinha dele e o cabelinho

Aurora: Já sabem se é menino ou menina?

Flica: É um menino.

Aurora: E o nome, já escolheram?

Flica: Já, Gui.

Aurora: Gui. é o nome do meu irmão, acho o nome nem bonito, é um nome forte.

Tuti: É.

Enf.: Então, já disseram se vão participar do trabalho das alunas? É Importante para ajudar no cuidados das outras mães que chegarem aqui depois.

Aurora: Tuti já disse que sim, mas a Flica. ainda não conseguiu responder.

Tuti: Daí Flica vamos participar?

Flica: Eu já falei se não tiver que falar nada eu participo.

Aurora: Agora tu não precisas falar nada, só depois que o bebê nascer é que nós vamos te perguntar algumas coisas.

Flica: Então tá.

A Enf. deixa o quarto e diz para Aurora tentar fazer ela ficar no banquinho e nas contrações se agachar.

Aurora: Vamos Flica, o que tu achas de se levantar e ficar no banquinho. A posição deitada faz uma compressão de uma artéria e uma veia ocasionando diminuição do sangue e oxigênio para o teu bebê, sem contar que torna mais lenta a evolução no trabalho de parto. Não queres ver logo o Gui. nascer?

Flica: Calma, espera, deixa passar a dor.

Aurora: Está bom, a gente espera.

Aurora: Passou né? Vamos se levantar? (Flica necessitava de incentivo constante).

Flica levanta-se da cama com a ajuda de Aurora.

Aurora coloca um lençol sobre o banquinho e outro no chão e fecha a porta

Aurora: Então, quando não tiveres com contração tu ficas sentada e quando vier a contração tu vais te agachar assim (Aurora demonstra a posição), abre bem o teu joelho, encosta todo o pé no chão e respira. Puxa o ar pelo nariz e solta pela boca, vamos lá.

Aurora respira junto com Flica para mostrar a técnica novamente e percebe que vem uma contração.

Aurora: Está vindo uma né?

Flica responde que sim com a cabeça.

Aurora: Então vamos lá, desce do banquinho abre bem os joelhos, respira, respira

Flica: Dói as costas.

(Flica durante uma contração agachou-se e relatou:)

Aurora: Vou fazer uma massagem aqui atrás, vê se te ajuda?

Flica: balança a cabeça dizendo que sim.

Aurora: Tu podes ajudar a passar um pouco da dor de Flica durante as contrações, debes fazer movimentos giratórios aqui fortes e quando passar a contração tu descansas com ela (dirigindo-se a Tuti). Tuti começa a fazer a massagem e para quando a contração acaba.

Flica: Puxa o banco!! (dirigindo-se à Tuti)

Dáfne puxa o banco ao ver que Tuti não se movimenta.

Flica: Sai da frente do ventilador!!! (falando a Tuti).

Flica permanece sentada e inclina o corpo para frente.

Aurora: Flica, tu estás aqui para deixar o teu corpo reto e ajudar o Gui. a nascer. Essa posição não é boa, vamos lá, levanta. Vou fazer uma massagem para aliviar teu desconforto.

Aurora começa uma massagem nos ombros e diz:

Aurora: Está aliviando?

Flica balança a cabeça em movimento de sim.

Aurora continua a massagem.

Aurora: Está vindo outra? Vamos lá, vamos se agachar.

Flica se agacha. Aurora dá uma olhada no períneo e percebe o apagamento dos pequenos e grandes lábios.

Aurora espera que Tuti faça a massagem e o mesmo não a faz, então Aurora massageia as costas de Flica.

Dáfne percebe que Flica está fazendo força e fala

Dáfne: Não faz força agora, apenas respira, respira como eu te disse antes. Se você fizer força agora vai ficar cansada na hora do parto. Como ainda não está na hora, pois o teu colo precisa dilatar mais um pouco, pode acontecer de machucar o teu períneo e inchar, causando o edema.

Dáfne percebe que Tuti segura a cama pois Flica puxa a mesma quando realiza a posição de cócoras durante as contrações.

Passada a contração Flica fala repetidamente

Flica: Aiiiiiiii, tá doendo muito, eu quero uma anestesia.

Tuti: Não, aguenta firme, respira.

Flica: Eu não estou pedindo uma cesariana, eu quero uma local, LO-CALLLLLLL (dirigindo-se a Tuti). Moça, por favor, eu quero uma anestesia local. Na hora da expulsão eles vão dar, não é?

Aurora: Geralmente não é dada.

Flica: Mas eu não vou aguentar de dor, já tá doendo um monte, eu não vou aguentar.

Aurora: Não debes pensar assim, debes pensar positivamente, busca força dentro de ti para continuar. Vamos lá te concentra pra ver o Gui. rapidinho.

Aurora: Passou a contração, vamos voltar para o banquinho.

Flica apoia-se na grade da cama novamente.

Aurora: Vamos ficar em uma posição melhor?

Flica: Calma, calma, deixa eu descansar.

Aurora: Descansa um pouco e depois te levanta. É melhor ficares reta no banco.

PAUSA

Flica: Mas quando o bebê nascer ainda vai ficar doendo?

Dáfne: Após o nascimento do bebê tu vás sentir uma cólica para ocorrer a expulsão da placenta e depois desta uma cólica mais fraquinha porque o teu útero está voltando ao tamanho normal.

Aurora: Quem vai fazer esse bebê nascer é tu, a gente só está aqui para te ajudar, para te dizer a melhor a posição, mas quem faz o parto, quem fará o bebê nascer é tu.

Flica: Ai, tá vindo outra.

Flica posiciona-se agachando-se

Flica: Ai, isso não está certo, tem alguma coisa errada, tô com vontade de ir no banheiro.

Aurora: Não tem nada de errado, está tudo certo. Estás sentindo vontade de fazer cocô?

Flica: É, muita vontade.

Aurora: Essa vontade é normal, é o teu bebê que está descendo e fazendo pressão e a tua sensação é de estar com vontade de fazer cocô, mas não é, é o Gui. que está quase pronto para nascer.

Flica volta para o banco.

Aurora deixa o quarto e conversa com o médico, dizendo que Flica está pedindo uma anestesia local e que está com vontade de evacuar.

Aurora volta para o quarto e percebe que Flica está com uma contração, agachada.

Aurora: Isso mesmo. Respira, respira. Aurora percebe que Flica faz força. Aurora avalia o períneo e percebe que continua evoluindo.

Dáfne começa a fazer massagem.

Aurora: Não faz força ainda, respira, respira.

Neste instante o médico entra.

Flica percebe a presença do médico e fala:

Flica: Eu quero uma anestesia, eu não estou mais agüentando de dor. Eu não agüento mais, me dá uma anestesia local? Vocês não dão anestesia na hora da expulsão?

Médico: Não, nós não damos. Flica te concentra, teu trabalho de parto evoluiu super rápido, super bem, daqui a pouco tu vais estar ganhando o teu bebê. Pensa que tu estás vivendo um momento lindo e que é o de poder dar à luz para um bebê, só tu podes fazer isso para o teu bebê, vamos lá, não desiste, o pior já passou.

O Médico deixa o quarto de Flica.

Flica volta para o banco.

Aurora: Agora relaxa, respira fundo, puxa o ar pelo nariz e solta pela boca, bem devagar. Viu, é por isso que as contrações não são seguidas, que é para dar tempo para a mãe relaxar um pouquinho, aproveita, respira fundo.

Dáfne faz novamente massagem nos ombros de Flica. Neste momento a Enf. entra no quarto e pergunta:

Enf.: Como estás te sentindo?

Flica: Com muita dor.

Aurora: Ela já está fazendo força e está com vontade de evacuar.

Enf.: Vamos dar uma deitada para fazer uma nova avaliação do períneo.

Flica: Calma, calma.



Flica levanta-se e deita-se na cama.

Enf.: Agora tu deves dobrar bem o teu joelho.

Dáfne foi pegar um lençol para cobri-la.

Tuti fecha a camisola de Flica. Depois ajuda Dáfne a cobri-la

Enf.: Vamos esperar uma contração.

Flica: Tem que esperar com a mão aí? (referindo-se ao dedo da Enf. que está fazendo o toque)

Enf.: Sim, tenho que esperar uma contração para ver se o teu bebê desce. Na próxima tu vais fazer força. Coloca as tuas mãos segurando a tuas coxas e puxa pra trás.

Dáfne ajuda Flica a ficar na posição.

Enf.: Não cai, te indireita, fica reta na cama

Dáfne: Quando vier a contração tu vais pegar o ar, fechar a boca, fazer força lá embaixo, como se estivesse fazendo um cocô bem duro.

Veio a contração.

Flica: Segura a minha perna, não puxa, só segura.(dizendo a Tuti)

Aurora: Isso, aproveita e faz a força, bem longa. Se não tiver mais ar, respira de novo e faz nova força.

Enf.: O bebê já está aqui. Isso, isso mesmo força aqui embaixo, não faz força no pescoço, é aqui embaixo.

Tuti: Quero ver o bebê.

Tuti se posiciona e diz: Isso Flica, não pára, ele já está aqui embaixo, já estou vendo o cabelinho dele. É bem cabeludo, puxou a ti.

Tuti vai de encontro a Flica e toca no ombro dela.

Flica: Não me toca, estou agoniada, não chega perto, só segura a minha perna, vira o ventilador pra mim, estou com calor.

Enf.: Já decidisse o tipo de parto que tu queres?

Flica: Quero normal.

Aurora: Isso, mas qual a sala? Queres deitada ou de cócoras, sentada?

Flica: Eu quero deitada, dói menos.

Aurora: Tu achas isso? O que nós vemos é que a posição sentada ajuda o bebê a nascer mais rápido e dói menos.

Enf.: É, a posição sentada ajuda o bebê a descer mais rápido pois a gravidade ajuda, na deitada o bebê tem que mais ou menos de escalar uma montanha e no sentado ele desce a montanha porque já estás forçando para baixo, não estava bom quando estavas agachada no pé da cama?

Flica: Estava.

Enf.: Então, é a mesma posição.

Aurora sai do quarto para pegar um outro avental para o pai, máscara e gorro para Flica.

Aurora: O gorro e a máscara só coloca na hora de entrar.(dirigindo-se a Tuti)

Enf.: O corte que geralmente é dado quando as mulheres estão na posição deitada, na outra sala quase nunca é dado.

Flica: Mas esse corte é sem anestesia?

Enf.: Não, não

Neste momento o Médico entra e acompanha o toque, espera mais uma contração e diz para a Enf.

Médico: Já pode levar ela para a sala.

Enf.: É, eu só estava esperando mais uma contração para ter certeza.

Aurora: Ela quer ganhar na sala de parto horizontal.

Médico: Não, vamos na outra. É melhor, teu bebê nasce mais rápido, é menino ou menina?

Flica: É menino.

Médico: Qual o nome?

Flica: É Gui.

Médico: Então, vamos ver o Gui. nascer rápido.

Tuti: Vamos tentar, vamos. Se eles estão dizendo que é melhor, eles sabem...

Aurora: E daí, é tu que decide?

PAUSA

Flica: É mais rápido?

Aurora: É, na segunda ou terceira força teu bebê nasce.

Tuti: Vamos.

PAUSA

Flica: Então tá.

Aurora1 colocou o propé em Flica com a ajuda de Tuti. Ele fecha a camisola de Flica. Dáfne coloca o gorro em Flica e ajuda-a a levantar-se.

Aurora começa a caminhar com Flica e diz para Tuti:

Aurora: Coloca o outro avental, gorro e máscara e vem atrás de nós.

Aurora: Vamos Flica, vamos rápido, rapidinho enquanto não tens contração. Não pára, vamos que estamos quase chegando.

Dáfne: Vamos lá.

Aurora, Dáfne e Flica chegam na sala de parto. Aurora ajuda Flica a subir na cadeira e percebe que Tuti ainda não chegou e diz para a Enfermeira:

Aurora: Vou lá pegar o Tuti. Aurora sai e vai até o quarto, chegando lá percebe que uma funcionária ajuda ele a colocar a roupa.

Aurora: Vamos, vamos.

Tuti: Ela já Ganhou????!! (Tuti pergunta assustado e surpreso)

Aurora: Não, ela está te esperando, vamos, não demora, vai amarrando no caminho.

Aurora e o pai chegam na sala de parto, Dáfne ajuda o pai a ficar na posição dele.

Enf.: Vou passar um líquido gelado nas tuas pernas.

Flica: Ai, ai, ai, tá doendo.

Aurora: Calma, respira. Vamos fazer uma força bem grande igual aquela que tu fizeste lá no quarto.

Enf.: Ela não está fazendo força aqui.

Flica grita durante as contrações.

Dáfne: Flica, fecha a boca, prende o ar, tenta não gritar, concentra toda a tua força lá embaixo.

Enf.: Ela não está fazendo força aqui ainda.

Médico: Vamos Flica, força lá embaixo como se tivesse fazendo um cocô bem duro, uma força bem comprida, não pára.

Aurora: Passou a contração?

Flica: Passou.

PAUSA

Flica: Tá vindo outra, eu não vou aguentar, é muita dor.

Aurora: Vai sim, vamos juntas, aperta minha mão se tiver com muita dor, vai, aperta, te concentra.

Flica aperta neste momento a mão de Aurora.

O Médico permanece ao lado de Flica e ela então, segura no braço dele. Flica muda a posição os braços constantemente.

Aurora: Passou a contração?

Flica balança a cabeça em movimento de sim.

Dáfne: Então te encosta, relaxa o teu corpo, respira fundo para pegar novas forças para a próxima contração

Aurora percebe que Flica está coberta de suor e pergunta:

Aurora: Estás com calor?

Flica mexe a cabeça novamente.

Aurora pega um pacote de luva e diz para Tuti: Podes abanar a Flica com essa luva.

Médico: Agora o teu bebê vai nascer, vamos fazer um força bem comprida sem parar que o teu neném nasce.

Flica: Já tá quase? .

Flica permanece segurando na mão de Aurora entre as contrações e às vezes nas contrações.

Médico: Já, só mais uma força bem grande tua.

Flica posiciona novamente e começa a fazer força, e segura nos braços do mesmo.

Enf.: Isso, isso mesmo, essa é a força boa, vamos lá continua.

Flica: Eu não posso, ai ai, ai que dor.

Dáfne: Não desiste.

Aurora pega e abana Flica pois Tuti só a abanou no instante em que Aurora deu a luva.

Aurora: Se passou deita e descansa.

Flica descansa, olha para Tuti.

Tuti: Não desiste agora, o Gui já está nascendo.

Flica: Lá vem outra.

Dáfne: Vamos lá então, força bem grande.

Flica prende o ar e faz a força.

Enf.: Isso mesmo... Saiu a cabeça do bebê.

Enf.: Agora não pára.

Flica : Continua a fazer a força.

O bebê nasce à 15:12 horas, sexo masculino, peso 3165hg e Apgar: 8,0 e 10,0.

Aurora e Dáfne: Olha lá o teu bebê, abre os olhos e olha para baixo, olha o Gui.

A Enf. corta o cordão e o bebê logo começa a chorar.

A Enf. coloca o Gui sobre o peito da mãe. O bebê então pára de chorar.

Flica: Meu bebê, é ele mesmo, não acredito...

A Neonatologista começa a secar o bebê.

Aurora: Viste, tu conseguiste, olha que lindo.

Tuti fica sem palavras, emocionado, fica só olhando.

A Neonatologista pega o bebê para o primeiro exame. Tuti sai do seu local e vai perto da Neonatologista para acompanhar os cuidados. Flica fica olhando para tudo que está acontecendo.

As funcionárias pegam o impresso plantar e colocam as pulseiras.

Aurora: Agora nós vamos abaixar o teu encosto para poderes deitar e esperar sair a placenta.

Aurora e Dáfne posicionam Flica para dequitação.

Flica: Vai doer?

Dáfne: Vocês já viram uma placenta?

Flica: Não vi e nem quero ver.

Tuti: Agora posso te beijar?

Flica responde que sim com a cabeça, porém a máscara não permite e os dois ficam um pouco juntinhos.

A Neonatologista devolve o bebê para Flica e Tuti volta para o seu lugar.

Flica: Me ajuda aqui...

Aurora ajuda a posicionar o bebê e coloca-o pele à pele para tentar a amamentação.

Flica: Ele já vai mamar?

Aurora: Primeiro ele vai sentir o teu cheirinho, vai lamber e às vezes eles mamar.

Dáfne: É importante a primeira mamada para formação do vínculo mãe-bebê. Não deu 5 minutos o bebê estava mamando.

Flica: Olha Tuti, ele já está mamando

Enf.: Vou te dar anestesia para dar alguns pontinhos.

Flica: Vai doer?

Enf.: Só uma picadinha e um ardidinho que é o líquido da anestesia.

Dáfne: Dói um pouquinho na hora, mas não dói para dar os pontos.

Flica: Ai.

A Enf. começa a dar os pontos.

Aurora: Presta atenção no teu bebê, agora já está tudo anestesiado, tua não vais sentir dor, só a Enfermeira mexendo.

Flica e Tuti apreciam o bebê. ficam olhando para ele. Tuti quase não fala.

PAUSA

Enf.: Agora faz uma forçinha para ajudar a placenta sair.

Flica faz a força.

Flica: Ai, não deu ainda? Isso é assim?

Enf.: Deu, já vou mostrar a vocês.

A Enf. coloca a placenta aberta em uma mesa e mostra para o casal :

O casal olha para a placenta e escuta atentamente o que a Enf. diz.

Enf.: Esta é a placenta, é daqui que o bebê se alimenta e respira durante a gestação, essa parte ficava em contato com o teu útero e essa com o bebê. Finge que essa pinça é o teu bebê, ele está grudado no cordão umbilical e ele fica aqui dentro, essas duas membranas é que cobrem o bebê e essa é a bolsa onde ele fica.

O bebê permanece mamando.

A Enf. continua a dar os pontos.

Tuti e Flica continuam a olhar o bebê.

A Neonatologista chega e pega o bebê para o exame mais detalhado.

Flica: Ai gente, desculpa o escândalo que eu fiz, eu fui a mais escandalosa, né?

Aurora: Não, nem foi tanto.

Flica: É que sou muito fraca pra dor, não suporto muito a dor, mas também dói pra burro.

Flica: Obrigada pela força, tadinha não machuquei a tua mão não?

Aurora: Não, nem te preocupa. O que nós podemos fazer pra te ajudar nós fazemos.

Flica: Desculpa...

A Enf. termina de dar os pontos, tira os campos e limpa o períneo, bate na batata da perna para ajudar a circulação.

Uma funcionária trás a maca e Dáfne ajuda Flica a trocar de maca e ajuda a funcionária a levá-la a SRPA.

Aurora: Agora eu vou dar o primeiro banho no Gui dar os primeiros cuidados., se o Tuti quiser ir lá assistir, é bem vindo.

Aurora vai para a sala do RN.

Aurora coloca o colírio de nitrato de prata. Dá a injeção de Kanakion e Tuti chega.

Aurora prepara o material para a aspiração.

Aurora: Isso é para ver a permeabilidade do nariz bebê e como ele mamou a gente não aspira o líquido, a gente olha a cor e se estiver de acordo pára de aspirar.

Aurora verifica os batimentos cardíacos, a frequência respiratória e a temperatura.

Aurora: Podes segurar o termômetro?

Tuti: Eu posso tocar nele? Eu não estou de luva? (Tuti permanecia olhando para o bebê a todo momento e olhava-o com admiração)

Aurora: Pode, nós usamos luva para a nossa proteção, mas tu podes.

Aurora liga a água, apronta a banheira.

Tuti: A temperatura está em 37, 2.

Aurora tira o termômetro e verifica a temperatura da água

Aurora: A temperatura da água deve ser entre 38 e 40 graus.

Aurora: Então vamos dar o banho

Aurora enrola o bebê na toalha com a ajuda de Tuti. Diz: Primeiro a gente lava o rostinho sem sabonete, só com água. Depois a cabecinha, com sabão e seca-o logo em seguida.

Aurora coloca o bebê no berço e tira a toalha. Seca bem a cabeça.

Aurora: Podes tirar aquela toalha molhada e esticar outra?

Tuti: Posso. Aonde pego outra toalha?

Aurora: Ao lado.

Tuti tira as molhadas e prepara uma nova.

Aurora: Agora ele vai entrar na água, olha como eu pego, segurando embaixo de um ombrinho dele, o importante é dar bastante segurança para o bebê. Lava o tórax, os braços, o pescoço, tudo, com sabão neutro de preferência. Depois vira o bebê. Olha como eu seguro ele agora, não tem problema o pescoço ele segura. Olha, já está querendo ficar em pé e tudo, safadinho. Tira ele da água, tudo devagar. Quando coloca e tira é devagar e quando for passar o sabonete é com bastante delicadeza.

Aurora: Agora vamos secar, pode ajudar, sempre delicadamente pois a pele dele é bem fina.

Tuti: E essa coisa branca não saiu?

Aurora: Isso é chamado de vernix caseoso, é uma substância que ajuda na proteção do bebê, para ele não perder calor tão facilmente, depois sai naturalmente. Não deve-se esfregar pois como eu já disse a pele dele é muito sensível e isso serve para a proteção dele.

Tuti ajuda Aurora a secar o bebê.

Aurora: Tuti, o que tua achas que nós fazemos com o cordão?

Tuti: Nada, nem sabia que podia molhar...

Aurora: A gente faz um curativo usando um produto, não se usa mais mercúrio ou qualquer outra substância, o que se usa é álcool, não o álcool que nós temos em casa, mas um álcool especial, a 70% que vocês vão ganhar lá no quarto.

Tuti: E quando acabar esse que nós ganharmos?

Aurora: Ele não é só para um dia ele dura um pouco mais do que o tempo que vai demorar para o coto cair.

Tuti: Demora quantos dias, uns 3, 5?

Aurora: Depende, às vezes demora 7 às vezes 10 e o álcool dura todos esses dias. Cada vez que tu trocares o bebê ou fores dar o banho debes colocar bem na base, não é em cima, é bem próximo da pele.

Tuti: E não dói?

Aurora: Se tivesse doendo ele estaria chorando e ele está?

Tuti: Não.

Aurora: Vamos colocar a fralda?

Aurora: Agora vamos vestir o bebê, coloca a camisa e eu coloco a calça, segura a mãozinha dele e puxa todos os dedinhos juntos.

Tuti: Eu?!

Aurora: É, vamos aprender, amanhã tu já estarás dando o banho, não é?

Tuti: Eu não consigo não.

Aurora: Consegue sim. Quando eu fui dar o meu primeiro também foi difícil mas depois eu aprendi, sempre tem uma primeira vez. Vamos começar com a camisetinha?

Aurora: Isso.

Aurora: Agora vamos embrulhar ele bem para levar para a mãe.

Aurora embrulha o bebê e Tuti ajuda. Aurora pega o bebê no colo e coloca no colo de Tuti. Tuti fica meio embaraçado mas logo se acostuma.

Aurora: Vamos lá, me segue, tampa bem a cabecinha dele que aqui está frio.

Chegando lá Tuti dá o bebê para Flica e Dáfne ajuda Flica a dar de mamar.

Aurora: Eu vou arrumar a salinha e depois volto aqui para ver como estão.

Na sala de recuperação pós anestésica

Dáfne: Flica, o que significou o parto para ti?

Flica: Tu és mãe?

Dáfne: Não, ainda não.

Flica: É uma experiência que só quem é mãe que sabe dizer. Tem que ser sentida...

Dáfne: Por que procuraram o HU para realizar o parto?

Flica: É bom o acompanhante poder ficar junto o tempo todo, o bebê poder ficar junto da gente e não no berçário

Aurora: E quando tu viesse para o HU, tinha vaga?:

Flica: Lá embaixo estava escrito que não tinha vaga, aí eu contei que tinha es-  
tourado a bolsa e a Enfermeira disse que às 9:00h tinha as altas e teria uma vaga para mim.

Aurora: O que tu sentisses?

Flica: Ai, graças à Deus, já estava entrando em desespero, estava ficando ma-  
luca.

Dáfne: Qual a tua relação com o teu companheiro?

Flica: A gente é namorado, eu morava em Belo Horizonte com ele, Aí quando chegou no final da gravidez no sétimo mês eu vim para cá. Eu vou ficar um pouco por aqui e ele vai voltar para lá. No final do ano a gente vai para os Estados Unidos, por que a família dele mora lá, e se ele conseguir o visto a gente vai para lá.

Dáfne: Por que tu viestes para cá?

Flica: Porque eu queria ter ele aqui com a minha mãe!

Aurora: Tua mãe é daqui?

Flica: Não, eles moram aqui. Eu queria ter ele aqui perto da minha mãe.

Dáfne: Esquece um pouco o que tu viveste agora e tenta lembrar o que vinha na tua cabeça quando se falava em parto?

Flica: Medo...medo de ele não nascer de parto normal de ter que fazer uma cesariana, na hora eu tinha pavor de não ter dilatação e ele não nascer de parto normal.

Aurora: O que tu sabias sobre o parto, o que as pessoas te falaram sobre isto?

Flica: Falaram que o parto normal era melhor para o bebê porque na cesariana ele não faz força para nascer então não sai a água do pulmão dele aí tem que botar aquele tubo para tirar a água dele e pode machucar e o parto normal não, por ser normal ele já nascia, era melhor para o neném. E para mim a recuperação é mais rápida.

Dáfne: Ali na última hora ficasses com medo por causa da dor?

Flica: Nossa Senhora! Fiquei enlouquecida. Dói demais gente! Dói demais! Eu já estava pedindo uma anestesia local, me dá qualquer coisa pelo “amor de Deus”.

Aurora: E depois que o bebê nasceu?

Dáfne: Aí na hora passa a dor.

Dáfne: Quando foi que decidiste fazer o parto de cócoras?

Flica: Tipo assim, me induziram. Me falaram “vai vai, é melhor para ti, vai nascer rapidinho”. E quando eu estava agachada ali a dor era realmente menor do que quando eu estava deitada. Então se for de cócoras pensei se não seria melhor.

Aurora: Quando a gente perguntou o tipo de parto tu disseste que queria deitada.

Flica: Eu queria deitada de qualquer jeito. Aí eles falaram então vai de cócoras....E eu gostei muito!

Dáfne: A dor diminuía quando tu agachavas?

Flica: É!

RISOS...

Aurora: E no parto, como foi ter alguém que tu escolheste junto contigo?

Flica: Me trouxe muita segurança

Nesta hora o pai de Flica chega para visitá-los.

Flica: Olha! Veio ver o neto! Olha que cabeludo pai!

Vô: A gente fica babando!.....Que coisa mais linda!...É o primeiro neto.

Flica: Por enquanto.

Vô: Pára por aí, chega!...Desde que deu o alarme de manhã cedo que eu não tenho apetite, não tomei café da manhã, não consegui almoçar, estou sem comer nada. Só no cafezinho.

Enquanto falava não tirava os olhos do bebê.

Flica: É cabeludo!

Vô: Puxou eu, pode ter cabelo branco, mas careca não vai ser.

Tuti: Tá mamando ainda?

Flica: Não, parou.

Ela afasta o bebê do peito.

Avô: Tá com fome, deixa! Tomara que seja grande igual a eu..Com quantos quilos ele nasceu?

Dáfne: 3.165Kg e 49,5cm

Avô: Ah, vai me puxar, você vai ficar baixinho do lado dele. (referindo-se a Tuti).

Avô: Não vou botar a mão nele porque eu estou com a mão suja.

Dáfne: Se o Sr. quiser, ali tem uma torneira.

Dáfne acompanhou o avô até a pia. O mesmo demonstrava felicidade e entusiasmo. Dáfne percebeu que o mesmo permaneceu lavando as mãos por um longo tempo.

Avô: Ah, quero sim!

Flica: Estou sentindo uma dorzinha.

Aurora: É uma cólica, o teu útero está contraindo.

Tuti: O que é isso ali perto do olhinho dele? (referindo-se a um arranhãozinho)

Aurora: Pode acontecer quando ele passar no canal ele se arranhar com a própria unha. A pele dele é muito delicada...Flica, o Tuti já está craque em dar banho.



Tuti interrompe e fala surpresa: Nossa, já está mamando há 20min...permanece olhando para o bebê e diz “não quer mais mamar não?”

Percebíamos que tanto Tuti quanto o avô, reforçavam que o bebê deveria ficar mamando mais um pouco.

Aurora: Mamar nunca é demais. O problema é de menos.

O bebê começa a chorar.

Tuti: Está chorando porque, vai mamar.

Avô: Tá reclamando ou quer mais.

Tuti: Eu quase morri de dor (falando ao pai dela).

Avô: Mais quando ele saiu pronto.

Tuti: É. No parto eu não senti tanta dor, o Tuti viu né.

Avô: Foi nas cólicas?

Flica: Nossa Senhora, como doeu.

Avô: Olha Tuti, graças a Deus que um chocou e deu um pinto. (referindo-se ao fato dos homens não sofrerem a dor do parto. RISOS....Eu sou frouxo para dor

Flica: Nossa, o Tuti viu o que é! Mas depois que passa é uma beleza.

Tuti: Ela pedia anestesia na hora.

Flica: Eu fui que nem a mãe, rapidinha, cheguei aqui com dois....

Avô: Eu tive quatro filhos com a minha mulher e o médico e disse que foi a coisa mais fácil, eu só aparei.

Flica: Todo mundo falou que quando eu cheguei aqui eu ia ter lá pelas 20 horas

Dáfne: É que a gente tem como base ser o primeiro filho, ser mais devagar, mais lento, mas o teu foi bem rápido.

Avô: Mas é que puxou a mãe dela.

Flica: É, quando eu vi estava com 2, 3, 7.

Tuti: A dilatação dela foi rápida demais, ela entrou aqui com 2 e logo estava com 7.

Flica: Você viu a cabecinha dele lá Tuti.?

Tuti: Vi

Flica: É!?

Tuti: Vi sem entender mais ou menos, quando começa a sair é que tu vê mesmo.

Aurora: Mamou na sala do parto!!! Ele nasceu e foi colocado em cima dela e depois secaram ele um pouquinho voltou e já mamou.

Flica: Estou com a boca toda cortada de tanto morder.

Avô: Por que tu não pediu algo para colocar aqui?

Flica: Na hora lá eu nem pensei.

Avô: Agora já nasceu mesmo.

Flica: Com a graça de Nossa Senhora.....Tô com uma fome!!!

Avô: Olha o nome!

Tuti: Vai ser Gui. F.R

Avô: Não. O meu é da F. Então vai ser Gui. da F.R.

Aurora: Nós vamos sair e deixar vocês mais a vontade.

Flica: Ah, depois vem aqui de novo.

Dáfne: Se o vovô quiser pegar ele no colo pode pegar.

Saímos da SRPA

Voltamos.

Dáfne: O vovô já foi embora?

Flica: Foi.

Dáfne: A gente estava fazendo umas perguntas pra ela e agora temos algumas pra ti, tá?

Tuti: Tá.

Dáfne: Tu já tinhas assistido um parto antes?

Tuti: Não.

Dáfne: Como é que tu recebeste o convite? De assistir o parto dela, ficar com ela, o que tu sentiste?

Tuti: O que eu senti...ah, foi emocionante, foi bom.

Aurora: Mas quando ela te convidou tu logo quiseste, ou tu ficaste com medo, como é que foi a tua reação?

Tuti: Quis, logo do começo. E se ela não me convidasse mesmo assim eu ia querer ir.

Dáfne: Que motivo te levou a assistir o parto?

Tuti: Ué, o nascimento do meu filho, emoção, sei lá, ser o primeiro a ver ele, vi até primeiro que você, né C?

Flica: Foi.

Dáfne: E o que tu achaste da tua presença? Tu achaste importante ou não e por quê?

Tuti: Eu achei importante, porque a gente acompanha ela, tudo né, o neném quando nasce, até o banho, o tratamento que o pessoal tem no pós parto.

Dáfne: A gente vai utilizar esses dados para o nosso trabalho de conclusão. Você recomendaria a presença de um acompanhante a outras parturientes?

Flica: Com certeza.

Dáfne: Por que?

Sem resposta, ela estava olhando o bebê.

Tuti: Por que Flica?

Flica: Ah, porque eu acho importante a segurança.

Neste momento a Enf. chega e diz que ela já está de alta. E o bebê começa a chorar.

Tuti: Dá ele pra mim.

Flica: Cuida do pescoço dele.

Tuti: Eu seguro o pescoço.

Ele começa a chorar mais forte.

Flica: Ele quer ficar coma a mãezinha dele. É o papai seu bobo, é o papai.(Tuti devolve o bebê a Flica).

Aurora: E agora os aspectos positivos e negativos do parto?

Tuti: Positivos? Negativos foram as dores que ela sente e a gente sofre junto e os positivos é a emoção quando o bebê nasce...

Aurora: E pra ti Flica, alguma coisa que ele não falou?

Flica: A equipe médica tá de parabéns. Ajudou muito.

Dáfne: E a equipe de enfermagem?

RISOS

Tuti: Também.

Flica: Nossa estava falando com ele que tu ficasse o tempo todo do meu lado, segurando minha mão. Só de segurar a minha mão tu não imaginas como foi importante, lá na hora do desespero, só de segurara minha mão foi muito bom.(falando para Aurora).

Aurora: Que bom então

Aurora: Tu já tinhas conhecido as salas de parto antes?

Tuti: Não, conheci tudo hoje.

Dáfne: Mas hoje antes de ganhar o bebê tu não conhecesse a sala se parto?

Flica: Hum hum.

Aurora: O que tu achaste assim, de ter conhecido, sentisse alguma diferença de já ter conhecido aquele ambiente antes?

Flica: Não, não senti diferença.

Aurora: Tu acharias que se tu saíste daquela salinha e fosse para lá tu não acharias diferença.

Flica: Espera, como assim diferença?

Dáfne: Assim, tu achaste melhor ter ido conhecer as salas antes de ter o teu bebê ou tu achas que não tem diferença ir pra lá sem conhecer as salas primeiro?

Flica: Não, eu achei melhor, porque daí eu já sabia para aonde eu estava indo. O tipo de lugar que eu ia.

Tuti: Não dá aquela ansiedade.

Aurora: A tua experiência de ter acompanhado o parto foi: ótima, boa, regular ou ruim?

Tuti: Foi ótima.

Aurora: Então no próximo vai estar lá?!

Tuti: Vamos ver, se ela quiser ter outro.

Dáfne: Eu já perguntei para ela o que significou o parto pra ela e ela me disse que só sendo mãe eu pra saber o que é. E para ti o que significou o parto?

Tuti: Sem palavras, é difícil falar isso...

Dáfne: E quando você vê o neném?

Tuti: Quando vê o neném...a emoção é muito grande, dá vontade de chorar, sei lá.

Tuti: Eu chorei um pouquinho, daqui a pouco eu estava fazendo força junto com você pra ver se o neném saía... é difícil falar disso.

Dáfne: Na sua experiência de acompanhar o parto: colaborou com a parturiente no que foi possível, não colaborou em nada, matou a curiosidade do parto?

Tuti: Colaborei um pouco, né? (dirigindo-se a Flica).

Flica: É, a fim psicológico.

Dáfne: Tu consideras a tua participação, ajudando ela, dando apoio, importante?

Tuti: Importante...

Dáfne: Por quê?

Tuti: Porque, vou roubar as tuas palavras, eu dei segurança, fiquei lá do lado dela, apoiando, se ela estivesse sozinha eu acho que não seria a mesma coisa de estar o pai ali.

Aurora: E para ti Flica, quando o teu bebê nasceu e veio logo para cima de ti o que tu achaste, o que sentiste? Tu sabias que ele logo viria para cima de ti?

Flica: Sabia...

Aurora: E o que tu sentiste?

Flica: Eu fiquei feliz, porque quando eles jogaram ele em cima de mim, eu vi que ele era todo perfeitinho, todo certinho, e ele não chorou. Ele começou a chorar e quando colocaram ele em cima de mim ele parou.

Dáfne: E quando ele começou a mamar?

Flica: Ahhh, eu estava preocupada dele não mamar porque eu não sei se eu falei para vocês, mas uma semana atrás o meu peito tava todo rachado, tinha umas bolhas, eu fiquei desesperada de não poder dar de mamar pra ele, né. Daí quando eu vi que ele tinha agarrado o peito mesmo ...Tó (dando de novo o peito ao bebê) foi maravilhoso.

Aurora: E o que vocês acharam de receber parte do cuidado por mim e Dáfne? Por que às vezes as pessoas sabendo que são alunas criam um preconceito...

Flica: Como eu falei pra vocês antes, só o fato de ter segurado a minha mão, vocês foram, falaram, deram força, fizeram massagem, mas só o fato de ter segurado a minha mão, vocês não sabem como era importante pra mim. Só estar do meu lado segurando a minha mão...e eu podendo esmagar a mão de vocês...

RISOS

Tuti: Eu achei importante, mesmo se vocês não tivessem dito que eram alunas a gente não teria notado diferença, porque a atenção foi ótima, se vocês duas tirassem o crachá de alunas pode falar que...

Flica: Já estão no caminho

Aurora: Que bom!

Dáfne: Alguma sugestão? Alguma coisa que está faltando?

Flica: Não, só estou com fome

RISOS

Flica: Não falta nada

Tuti: Foi tudo ótimo.

Aurora: E em relação ao nosso atendimento?

Tuti: Achei importante o modo como vocês conversaram com a paciente, ajuda bastante e outra hora que ela tava perguntando da cesariana o médico veio, conversou...

Flica: Até o parto de cócoras, se não fosse vocês falando...

Tuti: É, tudo é importante.

Flica: Eu não conhecia, né? Na hora do desespero, eu não sabia, imagina se fosse fazer eu com 3 centímetros de dilatação já pediria para passar a faca na minha barriga, porque na hora da dor...

Tuti: É eu achei muito importante, esse diálogo, toda hora atenção, toda hora com ela, toda hora que ela tinha contração fazia massagem.

Dáfne: Esses nossos dados a gente vai escrever no nosso trabalho, mas a gente não vai colocar o nome de vocês, a gente queria que vocês sugerissem um pseudônimo, um apelido, como sol, nome de paria, nome de comida, de flor da anjo.

Aurora: Um pra cada um.

Pensando

Aurora: Derrepente vocês até já tem um apelido que chamam um o outro?

Tuti Deixa eu ver um aqui, qualquer coisa né?

Aurora: É.

Tuti: Pode ser o nome do meu cachorro?

RISOS

Dáfne: Pode.

Tuti: Então eu sou o Tuti.

Dáfne: E ela quem é?

Flica: Não sou a Flica não né Tuti?!

Tuti: Flica, pode ser Flica.

Flica: Ah é?!

Tuti: É, porque não? Pode ser Flica. Tuti e Flica.

Dáfne: São dois cachorros?

Tuti: É, Tuti é o meu e Flica é o dela.

Aurora: E para o bebê?

Tuti: Tuti, Flica e o Gui.

Dáfne: Agora tem aqui o Termo de Consentimento que aqui diz que nós estamos fazendo um trabalho, que o nome de vocês não vai aparecer, e para dizer que vocês não foram obrigados a participar, que vocês participaram de livre e espontânea vontade. A gente gostaria que vocês assinassem.

Tuti e Flica: Hum hum

Tuti: E o que a gente ajudou?

Flica: É o trabalho delas.

Aurora: O nosso trabalho é perceber o que a mulher e o acompanhante trazem para dentro do Centro Obstétrico, a cultura, o que ela pensa, o que vai ser o parto, o que ela espera que a gente vai fazer, e depois o que foi, o que é realmente, né?

Dáfne: O nosso trabalho é levando em consideração os aspectos culturais, tentar proporcionar um parto mais humanizado, dentro do que ela imagina que seja e do que ela espera. Então, esse é um estudo que nós estamos fazendo e depois a gente vai apresentar, de repente até pegar o telefone ou o endereço de vocês e o dia que nós formos apresentar, se vocês puderem vir.

Tuti: Ah, pode colocar.

Neste momento os dois assinaram o Termo de Consentimento.

Aurora: Coloca o teu nome aqui e a assinatura aqui.

Dáfne percebe que Flica está um pouco cansada e fala: Queres que eu coloque um pouquinho ele no bercinho?

Flica: Eu queria um pouquinho.

Tuti fica olhando e Dáfne pergunta: Quer pegar?

Tuti: não, pode pegar..

Dáfne pega Gui e coloca-o no bercinho enquanto Flica e Tuti ficam observando-a.

Dáfne: O Gui agora tem que ficar de barriguinha de lado porque ele mamou, não tem problema pegar ele assim.

Aurora: Vocês gostariam que a gente ligasse para vocês para falar do nosso trabalho, o dia da apresentação?

Flica: Quero, liga sim.

Aurora: Qual é o teu telefone.

Flica: É xxx- xx-xx. Daí liga e se a gente puder nós vamos, quando é que vai ser?

Aurora: No começo de julho.

Dáfne: A gente pode tirar uma foto?

Flica Ui.

Dáfne: A gente manda para vocês.

Flica: Horrrosa desse jeito?

Aurora: Não tem nada de feia, está uma mãe linda.

Flica: Tira, tira.

Sáimos da SRPA e fomos pegar a máquina.

Retornamos.

Flica: Segura ele amor. Vai aparecer com ele na foto.

Tuti: Vai tirar só dele?

Aurora: Não, dos três. Vou tirar sem flash.

Tuti: Vai, olha pra lá você é famoso (falando com Gui).

Aurora: Um, dois, três e já.

Flica: É a primeira foto dele.

Aurora tira a foto.

Dáfne: Podemos tirar uma foto só dele, só do bebê.

Flica: Pode.

Dáfne tira a foto.

Dáfne: Quando ficar pronta a gente manda pra vocês.

Flica: Isso, vocês já tem o meu telefone.

Sáimos para guardar a máquina e retornamos.

Funcionária: Vamos para o quarto? Tem que chamar eles.

Dáfne: Já chamei.

Dáfne foi pegar uma maca para trocá-la e quando ela chegou Flica perguntou:

Eu não vou tomar banho?

Aurora: Geralmente aqui no Centro Obstétrico as puérperas não tomam banho, esperam chegar no quarto e lá sim. Quando tu chegares no quarto tu tomas banho.

Aurora e Dáfne ajudaram Flica a trocar de maca.

Aurora pega Gui e coloca no colo de Tuti.

Aurora: Estás sentindo dor?

Flica: Eu tava sentindo a cólica mas agora passou.

Aurora: Quando tu estavas dando de mamar doía mais?

Flica: É.

Aurora: É porque quando o bebê mama a mulher produz um hormônio chamado de ocitocina, esse hormônio ajuda a contrair o útero e impedir hemorragia.

Aurora: Parabéns, vocês fizeram uma combinação muito bonita.

Aurora e Dáfne levaram Flica, Tuti e Gui para a porta.

Flica: Estou com uma vontade de tomar um banho.

Pausa

Aurora: Tens alguma dúvida em relação a algum cuidado?

Flica: Não.

Levamos eles até porta e lá:

Aurora: A gente gostaria de agradecer por vocês terem participado do nosso trabalho e dizer que foi um experiência maravilhosa.

Flica: Vocês é que foram maravilhosas. Obrigada pela força mesmo e por ter deixado eu esmagar a mão de vocês.

Levantamento de Dados	Diversidades e/ou universalidades culturais do cuidado	Diagnóstico de enfermagem à partir das diversidades e universalidades culturais do cuidado	Cuidado de Enfermagem desenvolvido a partir do diagnóstico efetuado	Avaliação do cuidado cultural	Reflexões
Flica: "Estou tonta, com dor nas costas." Através da observação percebemos que ela estava sentada no leito com a cabeça abaixada e os pés apoiados em um banco.	Relato de dor e tontura.	Necessidade de adaptação da de posição. Necessidade de investigação do jejum no trabalho de parto.	Sugestão de alteração de posição e realização de massagem na região lombo-sacral e posteriormente proposto banho que foi aceita pela cliente. Através de conversas descobrimos tempo do jejum.	Mudança da posição. Adaptação.	Percebemos que mesmo tendo uma rotina escrita no CO visando a liberação de dieta líquida restrita até a parturiente atingir 7 cm não é respeitada por todos os profissionais.
Quando Flica apresentava contrações ela gritava.	Comportamento durante a contração.	Necessidade de orientação e esclarecimento e alívio da dor.	Conversamos, acalmamos, realizamos massagem e propomos o banho.	Após o banho foi perguntado se Flica sentia melhor alívio da tensão e dor e a mesma respondeu que sim.	O grito seria uma forma encontrada de colocar para fora a dor presente?
Aurora percebeu que Flica não estava respirando adequadamente durante a contração.	Respiração inadequada.	Necessidade de adaptação da respiração.	Sugerimos a respiração superficial puxando o ar pelo nariz durante as contrações, e após respiração profunda.	Mudança da respiração. Adaptação.	A respiração é uma das formas encontradas para amenizar a tensão durante as contrações.
Flica referiu que estava com vontade de evacuar e de fazer força.	Relato de novos sintomas.	Necessidade de orientação quanto a descida da cabeça fetal e trabalho de parto em evolução.	Orientamos quanto o fenômeno sugerimos o banho para mudança de posição, e relaxamento.	Flica voltou a relatar preocupada horas depois o mesmo sintoma.	Trabalho de parto em evolução devido a queixa. Percebemos que as parturientes sentiam vergonha e medo em evacuar na sala de pré-parto e parto.



Levantamento de Dados	Diversidades e/ou universalidades culturais do cuidado	Diagnóstico de enfermagem à partir das diversidades universais do cuidado	Cuidado de Enfermagem desenvolvido a partir do diagnóstico efetuado	Avaliação do cuidado cultural	Reflexões
Flica pedia por remédios e dizia que não iria aguentar.	Medo e vontade de alívio da dor.	Necessidade de apoio emocional.	Conversamos, tentamos acalmá-la oferecendo apoio e incentivo para continuar. Permanecemos ao seu lado durante o maior tempo possível, respeitando sua privacidade.	Flica retornou a pedir por “remédios” e em seguida anestesia local. Referia muita dor. Porém, frente nossa avaliação respondeu positivamente todo o apoio que oferecemos a ela. O banho também foi uma forma utilizada para ajudar no relaxamento da tensão.	Apesar de todo o apoio dado a parturiente a mesma continuava a pedir anestesia, seria medo do desconhecido? Da expulsão do bebê?
A Enfermeira realizou o toque e percebeu que a mesma estava com 7-8 cm de dilatação e não com 4 como havia sido detectado, porém o bebê encontrava-se alto.	Cabeça fetal alta.	Necessidade de adaptação da posição e incentivo.	Inicialmente sugerimos o banho. Orientamos a importância da mudança de posição para cócoras e de que forma esta influenciaria a evolução do trabalho de parto. Após sugerimos a posição de cócoras durante as contrações.	Ela aceitou o banho, após realizou a posição de cócoras próxima a cama algumas vezes. Durante a avaliação do cuidado prestado ela referiu positivamente quanto todos os cuidados oferecidos. <b>Adaptação da posição.</b>	A mudança de posição para cócoras ocasiona muitas vezes uma melhora da evolução do trabalho de parto.

Levantamento de Dados	Diversidades e/ou universalidades culturais do cuidado	Diagnóstico de enfermagem à partir das diversidades e universalidades culturais do cuidado	Cuidado de Enfermagem desenvolvido a partir do diagnóstico efetuado	Avaliação do cuidado cultural	Reflexões
Resposta de Flica frente a sugestão do banho. Flica: "Tem que tomar banho mesmo?!"	Resistência ao banho.	Necessidade de repadronização da sua percepção frente o banho.	Motivamos quanto ao banho para uma evolução mais rápida do trabalho de parto e alívio da dor. Orientada para deixar a água cair sobre sua barriga, ombros e costas. Permanecendo o tempo que quisesse.	Cliente aceita o cuidado proposto e muda de posição. Feição de alívio após o banho. <b>Repadronização.</b>	Percebemos a relação do banho e evolução do trabalho de parto, principalmente nas parturientes que anteriormente ao banho apresentavam-se tensas e restritas ao leito. Banho relaxa a musculatura devido a água quente.
Flica: "Não pára de sair sangue, não dá pra enxugar."	Percepção do sangramento constantemente.	Primigesta, necessitando orientação quanto bolsa róta.	Explicação que neste período não pára de sair líquido, pois a bolsa estava rompida.	Flica apenas ouviu a orientação e não voltou a questionar.	Compreensão?
Flica: "Não dá pra tirar aquilo do meu pé, tá muito quente, estou morrendo de calor. Coloca o ventilador virado pra mim."	Sente calor no pé devido ao propé.	Necessidade de proporcionar ambiente arejado.	Tirado o propé e virado o ventilador para Flica.	Neste momento não houve avaliação, uma vez que somente atendemos seus pedidos.	A maioria das parturientes não questiona a utilização do propé.
Frente ao convite de participar do nosso trabalho Flica pensa e pergunta: "Vai ter que falar alguma coisa?"	Preocupação de que terá de falar.	Necessita de melhor explicação quanto ao nosso estudo.	Dado novas explicações e reforços da importância quanto a observação.	Após explicações houve aceitação de Tuti, e somente após maiores reforços houve de Flica.	A maioria das parturientes preferem ficar introspectivas no trabalho de parto.

Levantamento de Dados	Diversidades e/ou universalidades culturais do cuidado	Diagnóstico de enfermagem à partir das diversidades e universalidades culturais do cuidado	Cuidado de Enfermagem desenvolvido a partir do diagnóstico efetuado	Avaliação do cuidado cultural	Reflexões
Frente ao toque percebemos que Flica se contrai fechando as pernas.	Desconforto, contração da musculatura e fechamento das pernas durante o procedimento de toque.	Necessidade de apartação da posição e necessidade orientação quanto ao relacionamento e importância do procedimento.	Enfermeira sugere relaxamento e abrir as pernas para que o procedimento seja menos desconfortável. Tuti recebe orientação para ajudar Flica no posicionamento.	Flica continuava demonstrando desconforto. Tuti auxilia a segurar a perna de Flica durante o procedimento.	O toque é um procedimento que além de invasivo está relacionado com o pudor individual.
Flica estava na posição supina por mais ou menos 1 hora e após o toque a Enfermeira: “Já está aqui o teu bebê, não deves ficar na cama porque ele tem que descer mais um pouquinho para nascer.”	Permanência no leito.	Necessidade da repadronização da posição.	Proposta de sentar no banquinho e agachar durante as contrações, orientada e demonstrada as posições e incentivada a fazê-las. Orientada quanto aos malefícios da posição supina para o bebê, mãe e evolução do trabalho de parto.	Mudança para a posição de sentar no banco e durante as contrações ficar de cócoras. Flica escolheu o parto de cócoras e durante a avaliação do processo relatou que gostou da experiência. Repadronização.	Será que ela só mudou de posição no momento do trabalho de parto devido ao incentivo oferecido?
Flica durante uma contração agachou-se e relatou: “Dói as costas.”	Dor nas costas.	Necessidade de alívio da dor frente o peso da cabeça fetal.	Orientada e feito massagem na região lombo-sacral, estimulado Tuti para realizar a massagem.	Através de questionamento Flica afirma que a massagem ajudou-a.	Através de um cuidado humanizado com apoio, atenção juntamente com massagens e o banho percebemos que estes cuidados atenuam momentos de ansiedade e dor.

Levantamento de Dados	Diversidades e/ou universalidades culturais do cuidado	Diagnóstico de enfermagem à partir das diversidades e universalidades culturais do cuidado	Cuidado de Enfermagem desenvolvido a partir do diagnóstico efetuado	Avaliação do cuidado cultural	Reflexões
Dáfnie percebe que Flica faz força durante as contrações.	Puxos?	Necessidade de adaptação quanto ao momento certo de fazer força.	Explicado que agora não é o momento correto de fazer força e suas consequências e orienta o momento correto.	Parou de fazer força momentaneamente, voltando em seguida.	Será que eram puxos? A força quando feita no momento errado pode ocasionar edema perineal, condição que infelizmente tivemos a oportunidade de presenciar em outra parturiente.
Passada a contração Flica fala repetidamente: "Aiiiii, tá doendo muito, eu quero uma anestesia." Tuti: "Não, agüenta firme, respira." Flica: "Eu não estou pedindo uma cesariana, eu quero uma local, LOCALLLLLL" (dirigindo-se a Tuti). Flica: "Moça, por favor, eu quero uma anestesia local. Na hora da expulsão eles vão dar, não é?" (dirigindo-se a Aurora).	Dor constante e percepção de que na hora da expulsão recebe anestesia.	Necessidade de adaptação da informação quanto a anestesia, e alívio da ansiedade. Evolução do Trabalho de parto.	Orientada quanto a anestesia e incentivada a continuar agüentando já que faltava mais um pouco. Após algum momento o médico foi chamado por nós para conversar com Flica e reafirmar nossas orientações.	Flica pareceu demonstrar ansiedade frente o que estava sentindo. Mesmo depois das orientações dadas.	Além de ser uma primigesta, não sabemos se a parturiente realizou todas as consultas do pré-natal, percebemos que esta parturiente deveria ter feito uma psico-profilaxia do parto.

Levantamento de Dados	Diversidades e/ou universalidades culturais do cuidado	Diagnóstico de enfermagem à partir das diversidades e universalidades culturais do cuidado	Cuidado de Enfermagem desenvolvido a partir do diagnóstico efetuado	Avaliação do cuidado cultural	Reflexões
Flica: Mas quando o bebê nascer ainda vai ficar doendo?	Dúvida quanto a dor após o nascimento.	Necessidade de adaptação referente a informação da dor no pós-parto.	Explicado sobre a cólica antes e depois da dequitação e involução uterina.	Ela prestou atenção nas orientações e demonstrou feição de certo alívio. Adaptação	Falta de conhecimento sobre o puerpério está presente em muitas primigestas.
Flica frente ao procedimento de toque pergunta: Tem que esperar com a mão aí? (referindo-se ao dedo da Enf.).	Desconforto quanto toque.	Necessidade de orientação quanto ao procedimento.	Orientada quanto a espera de uma contração para ver a descida da apresentação, posição correta para fazer a força e o momento certo.	Apresentava-se mais calma frente a explicação, todavia o desconforto ainda era visível.	
Enf.: "Já decidisse o tipo de parto que tu queres?" Flica "Quero normal." Aurora: "Isso, mas qual a sala? Queres deitada ou de cócoras, sentada?" Flica: "Eu quero deitada, dói menos."	Percepção de que o parto horizontal dói menos.	Necessidade de repadronização da percepção acerca da posição de parir.	Orientada quanto as posições, vantagens e desvantagens, dando ênfase ao parto de cócoras pelos benefícios cientificamente comprovados. Tuti também incentivou-a a escolher o parto de cócoras.	Mudança quanto a escolha da posição de parir, decidindo pelo parto de cócoras. <b>Repadronização.</b>	Percebemos que a escolha pelo parto de cócoras, por ser uma posição mais atual nas instituições ainda gera um pouco de medo por ser desconhecida suas vantagens. No entanto as parturientes que optaram pelo mesmo referem ter gostado.

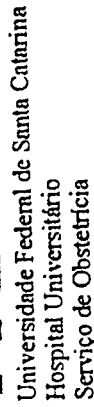
Levantamento de Dados	Diversidades e/ou universalidades culturais do cuidado	Diagnóstico de enfermagem à partir das diversidades culturais do cuidado	Cuidado de Enfermagem desenvolvido a partir do diagnóstico efetuado	Avaliação do cuidado cultural	Reflexões
Na sala de parto a Enf.: “Ela não está fazendo força aqui!”	Força ineficaz.	Necessidade de orientação quanto ao direcionamento da força.	Orientada para fazer a força corretamente e após o médico reforça orientações.	Flica após orientações direciona a força corretamente.	
Na sala de parto Flica: “Está vindo outra, não vou aguentar é muita dor!”	Dor.	Necessidade de apoio emocional.	Oferecido incentivo e apoio. Sugerido segurar a mão de Aurora.	Flica segurou a mão e continuou a atuar no parto. Na avaliação agradeceu o cuidado prestado.	A simplicidade de uma atitude pode trazer muitos benefícios e o reconhecimento sempre acontece.
Aurora percebe que Flica está coberta de suor e pergunta: “Estás com calor?” Flica mexe a cabeça novamente.	Calor.	Necessidade de alívio do calor.	Oferecido um pacote de luva para Tuti abanar Flica.	Flica apresentava-se aliviada quando abanada.	A maioria das mulheres no período expulsivo apresentam calor.
Frente ao momento da dequitação Flica: “Vai doer?”	Medo frente algo desconhecido.	Necessidade de orientação e esclarecimento sobre a dequitação.	Orientada para realizar uma última força para ajudar na expulsão da placenta. Comparado o tamanho da placenta com o do bebê, reafirmando dor menor a da passagem do bebê.	Flica seguiu orientação realizando a força e não aparentou sentir o momento da dequitação.	A dequitação ainda parece ser um mistério, principalmente entre as primíparas.

Levantamento de Dados	Diversidades e/ou universalidades culturais do cuidado	Diagnóstico de enfermagem a partir das diversidades e universalidades culturais do cuidado	Cuidado de Enfermagem desenvolvido a partir do diagnóstico efetuado	Avaliação do cuidado cultural	Reflexões
Dáfnie: “Vocês já viram uma placenta?” Flica: “Não vi e nem quero ver!”	Repulsão a placenta.	Necessidade de repadronização quanto ao fato de não querer ver a placenta.	Mostrada a placenta e orientada quanto as partes e funções da mesma.	Flica e Tuti olham a placenta atentamente, escutando as informações. <b>Repadronização.</b>	Mostraram interesse durante as explicações. Será que a falta de conhecimento é a geradora do desinteresse em vê-la?
No momento do posicionamento do bebê para iniciar a amamentação. Flica: “Ele já vai mamar?”	Desinformação quanto a primeira mamada.	Necessidade de orientações quanto a amamentação e importância da primeira mamada o quanto antes possível.	Orientada quanto a importância da primeira mamada para a formação do vínculo mãe-bebê.	Flica e Tuti permanecem olhando e admirando o bebê. Flica ficou admirada e feliz quando Gui começou a mamar.	Sabemos que esta atitude é um dos dez passos para promover aleitamento materno, tentando sempre incluí-la no cuidado.
Tuti: “Eu posso tocar nele? Eu não estou de luva.”	Percepção de que só poderia tocar no Bebê se estivesse de luva.	Necessidade de orientar quanto a utilização de luvas da equipe para sua proteção.	Orientado quanto a utilização de luvas da equipe para sua proteção.	Tuti após orientado tocava constantemente no bebê feliz.	Orientações que parecem não precisar, devem ser dadas.
Após o banho Tuti pergunta: “E essa coisa branca não saiu?” (referindo-se ao vernix caseoso)	Duvida quanto a higiene do bebê.	Necessidade de adaptação referente a informação sobre a presença e função do vernix caseoso.	Explicado que é uma substância que protege o bebê quanto a perdas de calor e que não deve-se retirar com força pois a pele do bebê é muito sensível.	Tuti não voltou a perguntar e pareceu compreender as explicações. <b>Adaptação.</b>	Será que quando Flica fizer a pergunta a alguém ela receberá as mesmas orientações? E ainda será que se Tuti estiver por perto ele perpetuará nossas orientações?

Levantamento de dados	Diversidades e/ou universalidades culturais do cuidado	Diagnóstico de enfermagem à partir das diversidades e universalidades culturais do cuidado	Cuidado de Enfermagem desenvolvido a partir do diagnóstico efetuado	Avaliação do cuidado cultural	Reflexões
Aurora: "Tuti, o que tua achas que nós fazemos com o cordão?" Tuti: "Nada, nem sabia que podia molhar..."	Percepção que não podia molhar o coto.	Necessidade de adaptação quanto os cuidados com o coto umbilical.	Explicado o primeiro curativo e subseqüentes, qual produtos deve-se utilizar, que ganharia o material necessário e quantos dias demoraria em média o coto para cair.	Tuti prestou atenção nas explicações e parecia compreendê-las e que seguiria nossas informações. <b>Adaptação.</b>	O coto umbilical ainda aparece rodeado de crenças a cerca do seu cuidado. Orientações foram sempre dadas e reforçadas.
Na SRPA Flica diz: "Estou sentindo uma dorzinha."	Dor.	Necessidade de adaptação da orientação quanto a dor no pós-parto.	Orientada que a cólica é devido a involução uterina e que esta aumenta durante a amamentação e porque deste fenômeno.	Flica não mais relatou certa dor, acreditamos que nossas orientações foram entendidas. <b>Adaptação.</b>	
Na SRPA Flica pergunta: "Eu não vou tomar banho?"	Vontade de tomar banho após o parto.	Necessidade de orientação quanto as rotinas do Centro Obstétrico no pós-parto.	Explicado que geralmente no Centro Obstétrico as puérperas não tomam banho, esperando chegar no quarto do Alojamento Conjunto.	Flica ainda perguntou mais uma vez se poderia tomar banho. Acreditamos que sua vontade era grande e ficamos tristes de não poder ajudar.	Percebemos que algumas puérperas sentem vontade em tomar banho após o parto. Por que não respeitar esta vontade? Rever rotinas.



**ANEXO 1**  
**PARTOGRAMA**



VALORES PARA A CONSTRUÇÃO DA LINHA DE ALERTA (em horas) p10

POSICÃO PARIDADE M. OVUL 4-5 cm.	VERIT.		HORIZONTAL			
	TODAS INTE. GRAS	TODAS INTE. GRAS	MULTIPlicas INTE. GRAS	ROTAS INTE. GRAS	ROTAS INTE. GRAS	ROTAS INTE. GRAS
0.15	0.15	0.15	0.05	0.30	0.20	0.20
0.25	0.25	0.25	0.10	0.35	0.35	0.35
0.35	0.40	0.40	0.25	0.40	0.50	0.50
1.00	0.55	0.55	0.35	1.00	1.05	1.05
1.15	1.25	1.25	1.00	1.30	1.25	1.25
2.10	2.30	2.30	2.30	3.15	2.30	2.30

UNHA DE BASE A PARTIR DA QUAL SE CALCULA O TEMPO PARA MANTER O OVULO AOS 6 cm

VALORES PARA A CONSTRUÇÃO  
A LINHA DE ALERTA (em horas) p10

Idade: \_\_\_\_\_ Gs: \_\_\_\_\_ Rh: \_\_\_\_\_  
G: \_\_\_\_\_ P: \_\_\_\_\_ C: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_  
DUM: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
IG (DUM): \_\_\_\_\_  
IG(USG): \_\_\_\_\_

**Posição materna**

Lat. direita ---LD  
Lat. esquerda ---LE  
Dorsal ---D  
Semi-sentada ---SS  
Sentada ---S  
Em pé/caminhando ---PC

Planos de Dc Lee  
Variedade de Posição ----- ①  
Dilatação Cervical ----- ②  
Ruptura Esp de Memb. ---REM  
Ruptura Art. de Memb. ---RAM

**HONDA REAL**

[illegible][illegible]

**ANEXO 2**  
**HISTÓRICO ENFERMAGEM**



# Histórico de Enfermagem

I. Identificação											
Religião:			Cor :		Idade :		Naturalidade :				
Procedência:			Profissão :				Est. Civil:				
Escolaridade:			Data/Hora da Internação :								
Condições da Paciente na Internação : Período expulsivo    sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>											
II. Percepções e Expectativas											
Motivo da Internação : TP <input type="checkbox"/> Indução <input type="checkbox"/> Inibição <input type="checkbox"/> Alto Risco <input type="checkbox"/> por.:											
Curetagem <input type="checkbox"/> .Outros.:											
III. Problemas Relacionados às Necessidades Humanas Básicas											
1. Necessidades Psicobiológicas											
1.1. Oxigenação											
Dispnéia		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Tabagismo na gravidez:		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>					
R :		mrm									
1.2. Hidratação e Alimentação											
Horário da última ingesta/Tipo de alimento:											
1.3. Eliminações											
Vesical :		Infecção urinária		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>							
Intestinal : evacuou antes de internar sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Dificuldades sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> qual:											
Drenagens		Perdas Vaginais		tampão mucoso <input type="checkbox"/>		sangramentos <input type="checkbox"/>		leucorréia <input type="checkbox"/>		Outros:	
				Bolsa rota    sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>		Espontânea <input type="checkbox"/> Artificial <input type="checkbox"/>		Data/Hora:			
				Características    claro <input type="checkbox"/> claro com grumos <input type="checkbox"/> achocolatado <input type="checkbox"/>		líquido amniótico:    meconial <input type="checkbox"/> fluido <input type="checkbox"/> espesso <input type="checkbox"/> sanguinolento <input type="checkbox"/>					
		Gástricas		Náuseas e Vômitos		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>					
1.4. Integridade Física											
Próteses    sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>											
1.5. Regulações											
Térmica		T    °c									
Vascular		PA    mmHg		P    bpm							
Neurológica		Tontura		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Cefaléia		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Distúrbios Visuais    sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>	
		Convulsões		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Alteração de conduta		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			
Hidroeletrolítica		Edemas		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Locais :					
1.6. Dados Antropométricos    Peso:    Altura:											
1.7. Integridade Cutânea Mucosa											
Mamas		Mamilos: Protuso <input type="checkbox"/> Plano <input type="checkbox"/> Invertido <input type="checkbox"/> Pseudo Invertido <input type="checkbox"/> Semi Protuso <input type="checkbox"/>									
		Rede de Haller : Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Tubérculos de Montgomery : Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/>									
		Colostro : Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/>									
Varizes		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Local:							
Abdômen		Inspeção		Forma: Globoso <input type="checkbox"/> Ovíde <input type="checkbox"/> Pêndulo <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/>							
				Altura Uterina:    cm							
		Palpação		Situação: Longitudinal <input type="checkbox"/> Oblíqua <input type="checkbox"/> Transversa <input type="checkbox"/> Posição: Esquerda <input type="checkbox"/> Direita <input type="checkbox"/>							
				Apresentação: Alta e móvel <input type="checkbox"/> Insinuada <input type="checkbox"/>				Cefálica <input type="checkbox"/> Córnica <input type="checkbox"/> Pélvica <input type="checkbox"/>			
				Foco : QSD <input type="checkbox"/> QID <input type="checkbox"/> QSE <input type="checkbox"/> QIE <input type="checkbox"/>				BCF:    bpm			
		Dinâmica Uterina.:									
Colo Uterino ( toque )		Colo: Fino <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Grosso <input type="checkbox"/>		Pérvio p/    cm							
		Polo    Cefálico <input type="checkbox"/> Pélvico <input type="checkbox"/>		Plano de De Lee <input type="checkbox"/>							
		Alterações :									

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

DIRETORIA DE  
ENFERMAGEM

Serviço de Obstetria

Cliente:

Registro:

**ANEXO 3**

**CLAP**

[illegible]

**ANEXO 4**

**PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM PARTURIANTE**

## PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM PARA PARTURIENTE

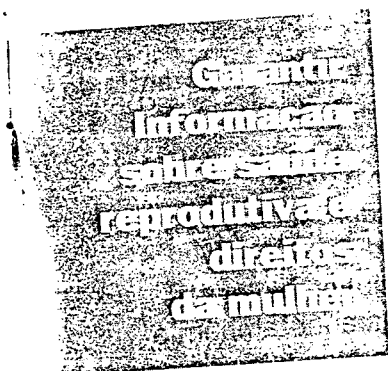
CUIDADOS	HORÁRIO	DATA/HORA ASSINATURA
<b>DILATAÇÃO</b>		
1. Encaminhar e/ou auxiliar no banho.		
2. Estimular higiene oral.		
3. Verificar sinais vitais.		
4. Estimular deambulação.		
5. Manter repouso relativo/absoluto no leito.		
6. Levar a cliente e acompanhante p/ conhecer a sala de parto.		
7. Orientar permanência em DLE no leito e explicar a importância.		
8. Orientar cliente quanto a respiração - Durante as contrações: Superficial e rápida / intervalo das contrações: ritmo normal		
9. Supervisionar a dieta zero.		
10. Oferecer gaze embebida em água, para umedecer os lábios.		
11. Orientar a troca de perineais e anotar características da secreção.		
12. Estimular a micção espontânea.		
13. Observar formação de globo vesical.		
14. Estimular acompanhante a participar dos cuidados prestados à cliente.		
15. Comunicar os sinais de PERIGO neste período: (Hipertonia uterina, sangramento vaginal aumentado, distúrbios visuais, tontura, dor epigástrica, cefaléia, alteração de conduta, distensão do segmento inferior e outros).		
16. Comunicar os Sinais de PERÍODO EXPULSIVO: (abaulamento do períneo com protusão do ânus, coroamento da apresentação puxos e sensação de evacuação).		
17. Realizar cuidados de pré-operatório.		
18. Manter cuidados com FLUIDOTERAPIA.		
19.		
20.		
<b>EXPULSÃO/DEQUITAÇÃO</b>		
1. Elogiar os esforços da cliente e apontar seus progressos.		
2. Prestar assistência de enfermagem relativa a ROTINA DO PERÍODO EXPULSIVO E DEQUITAÇÃO.		
3. Verificar PA e P após dequitação 15/15 min.		
<b>GREENBERG</b>		
1. Observar involução uterina.		
2. Observar formação do globo de segurança de Pinard.		
3. Controlar sangramento vaginal.		
4. Controlar sinais vitais (15/15min.).		
5. Observar nível de consciência.		
6. Incentivar a amamentação.		
7. Propiciar ambiente tranquilo para promover a internação precoce MÃE-RN-PAI.		
8. Estar alerta para sinais de PERIGO neste período (sangramento vaginal abundante, útero amolecido e aumentado de volume (atonía), sudorese, hipotensão taquifigmia e alteração de conduta.		
9. Observar sangramento na incisão cirúrgica e fazer troca curativo, s/n.		
10. Preencher o ÍNDICE de ALDRETTE.		
11. Manter cuidados com FLUIDOTERAPIA.		
12.		
13.		
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA PRESCRIÇÃO	CLIENTE:   REGISTRO:	



**ANEXO 5**

**PROJETO MATERNIDADE SEGURA**

- 1.** Garantir informação sobre saúde reprodutiva e direitos da mulher.
- 2.** Garantir assistência durante a gravidez, parto e puerpério, bem como ao planejamento familiar.
- 3.** Incentivar o parto normal e humanizado.
- 4.** Ter rotinas escritas para normatizar a assistência.
- 5.** Treinar toda equipe de saúde para implementar as rotinas.
- 6.** Possuir estrutura adequada para atendimento materno e perinatal.
- 7.** Possuir arquivo e sistema de informação.
- 8.** Avaliar periodicamente os indicadores de saúde materna e perinatal.



## **Passo 1**

O hospital ou maternidade deverá ter, por escrito e em linguagem simples, informações sobre a assistência pré-natal, parto e puerpério que possibilitem uma integração e participação ativa da mulher e equipe de saúde nesse processo.

Estas informações deverão conter dados relativos a:

### **1 - Assistência pré-natal**

- 1.1 - Importância da assistência pré-natal
- 1.2 - Importância do Cartão da Gestante
- 1.3 - Rotina assistencial
- 1.4 - Orientação sobre o uso de medicamento
- 1.5 - Malefícios causados pelo uso do cigarro, álcool e outras drogas
- 1.6 - Orientação sobre vacinas (da mulher e da criança)
- 1.7 - Orientação dietética na gestação e no aleitamento materno
- 1.8 - Modificações corporais e sexualidade

### **2 - Orientação para o parto**

- 2.1 - Diagnóstico do trabalho de parto e sinais de alerta
- 2.2 - Tipos de partos
- 2.3 - Assistência ao parto
- 2.4 - Assistência imediata ao recém-nascido

### **3 - Orientação para o puerpério**

- 3.1 - Importância do alojamento conjunto
- 3.2 - Importância do aleitamento materno
- 3.3 - Informações sobre planejamento familiar
- 3.4 - Orientação para cuidados com o recém-nascido

### **4 - Importância da participação do pai e da família**

### **5 - Direitos da gestante, puérpera e da criança**

### **6 - Orientação sobre o risco reprodutivo**

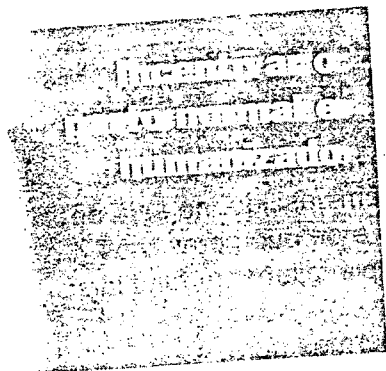
**A organização do sistema de atenção deve priorizar a garantia do atendimento materno.**

O hospital, de qualquer nível hierárquico, deve estar preferentemente inserido no Sistema Único de Saúde (SUS), atendendo a uma população definida segundo critérios administrativos (regionalização da assistência) ou biológicos (gestação de risco). Assim o hospital deve garantir também a internação para o parto de todas as grávidas atendidas no seu pré-natal (regionalização), bem como implementar o sistema de referência e contra-referência.

## **Passo 2**

O hospital garantirá:

- . internação para gestação de alto risco, intercorrências clínicas, cirúrgicas e obstétricas;
- . internação e/ou transferência adequadas para o recém-nascido de alto risco;
- . internação para o parto de todas as gestantes matriculadas nas unidades primárias de sua jurisdição;
- . planejamento familiar.



### **Passo 3**

**O hospital ou maternidade deverá propiciar assistência com as seguintes características:**

**- Assistência ao pré-natal**

- . Desenvolver atividades que propiciem informações e discussões sobre o parto normal, esclarecimentos das vantagens do parto normal e visita da paciente à maternidade.

**- Assistência ao parto e puerpério**

- . Permitir a presença de familiares na sala de parto e/ou de pré-parto (quando possível).
- . Manter recepção do recém-nascido junto à mãe.
- . Manter anestesista disponível.

**- Treinamento de pessoal**

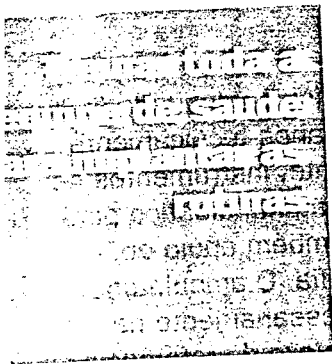
- . Treinamento dos profissionais de saúde orientado para a realização do parto normal e humanizado.
- . Treinamento dos profissionais de saúde na atenção ao recém-nascido na sala de parto.

**O hospital deve possuir rotinas normatizando a assistência, facilmente disponíveis a todos os membros da equipe de saúde.**

As rotinas devem detalhar a assistência pré-natal, o atendimento na sala de admissão, no pré-parto e ao recém-nascido, na sala de recuperação, nas enfermarias de gestantes e de puérperas, nos ambulatórios de assistência pós-natal e de planejamento familiar.

Estas rotinas devem seguir as diretrizes e normas para assistência materna e perinatal adotadas pelo Ministério da Saúde e órgãos a ele subordinados.

## **Passo 4**

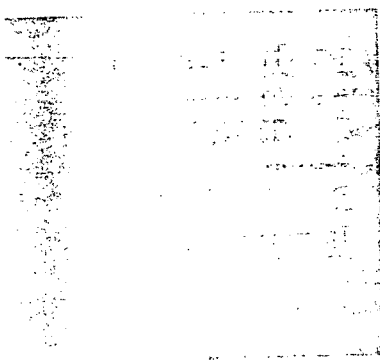


## **Passo 5**

**O hospital deve treinar toda a equipe multiprofissional de saúde envolvida nas ações objeto do Projeto Maternidade Segura, implementando as rotinas e sensibilizando os profissionais para a adoção dos Oito Passos para a Maternidade Segura.**

Este treinamento deve ser realizado através de cursos e atividades de educação continuada em serviço. Deve propiciar também reuniões multiprofissionais periódicas para avaliação de resultados globais e discussão de casos clínicos (prioritariamente os casos de morte materna e perinatal).

Os módulos devem ter pelo menos 20 horas de duração, incluindo um mínimo de quatro horas de atividades práticas supervisionadas, e o conteúdo deve incluir os aspectos relacionados nos passos 1 e 4.



### **6.1 - Pré-Natal**

O ambulatório no pré-natal deverá ter área física adequada (inclusive para deficientes físicos), recursos humanos tecnicamente capacitados, equipamento básico permanente, instrumentos de registro de dados e estatística, sala com material didático para educação em saúde, apoio laboratorial e também apoio de serviços de cardiotocografia e ultra-sonografia. O ambulatório de assistência pré-natal não precisa estar necessariamente na maternidade, mas deve fazer parte do complexo de referência.

## **Passo 6**

### **6.2 - Períodos clínicos do parto, puerpério e recém-nascido.**

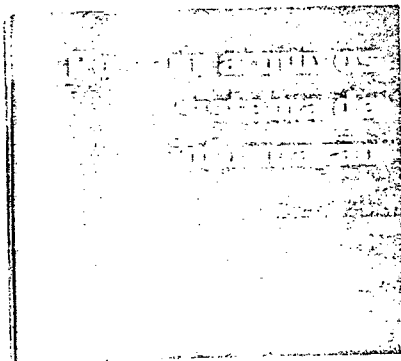
A maternidade deverá ter:

- Área física destinada às salas de admissão, pré-parto, puerpério, berçário, alojamento conjunto (inclusive para deficientes físicos), que possa garantir condições adequadas de higiene e estoque adequado de insumos e medicamentos;
- Material permanente para satisfazer as necessidades de atendimento de qualquer tipo de parto e de anestesia;
- Medicamentos básicos e material de consumo adequados às necessidades de assistência às parturientes, puérperas e aos recém-nascidos;
- Acompanhamento sistemático do trabalho de parto, do puerpério, e do recém-nascido, através de prontuários e fichas padronizados, conforme o passo número 7;
- Serviços de banco de sangue e laboratório e, se possível, serviços de ultra-sonografia, cardiotocografia e banco de leite humano;
- Recursos humanos tecnicamente capacitados.

### **6.3 - Planejamento familiar**

A maternidade deve ter serviço e orientação de planejamento familiar, de forma que as usuárias possam decidir livremente sobre o método anticoncepcional adequado para seu uso. A organização deste serviço deve estar de acordo com as normas do Ministério da Saúde.



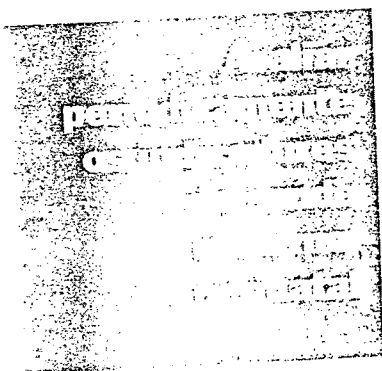


## **Passo 7**

**O hospital deve possuir arquivo médico e utilizar os instrumentos adotados pelo Ministério da Saúde - *Ficha Perinatal Ambulatório, Ficha de Internação Perinatal, o Cartão da Gestante e Mapa de Registro Diário dos Partos* ou similar.**

Havendo microcomputador, os dados das fichas devem ser arquivados no programa "Sistema de Informação Perinatal (SIP)" ou similar.

Não havendo microcomputador, as fichas devem ser processadas e gerar informações para o cálculo dos indicadores clássicos de saúde materno perinatal (mortalidade materna, fetal, neonatal e perinatal, percentual de nascimentos prematuros e com baixo peso).



## **Passo 8**

8.1 - Qualidade de preenchimento do prontuário através dos sub-programas "Falhas de Preenchimento" e "Consistência dos Dados".

8.2 - Arquivo médico com organização adequada para se pesquisar prontuários perinatais.

Avaliação Específica:

1. Idade das pacientes
2. Gestações e paridades anteriores
3. Assistência pré-natal
4. Números de consultas pré-natais
5. Idade gestacional à primeira consulta pré-natal
6. Tipo de parto
7. Anestesia ao parto
8. Episiotomia/lacerações do trajeto
9. Frequência de baixo peso ao nascer
10. Frequência de anoxia grave ao nascer
11. Frequência de infecções do recém-nascido
12. Frequência de infecção puerperal
13. Dias de internação após o parto
14. Taxas de mortalidade
  - Mortalidade materna
  - Mortalidade neonatal precoce
  - Mortalidade neonatal precoce específica para recém-nascidos de baixo peso
  - Natimortalidade
15. Comunicação das mortes maternas aos comitês de mortalidade materna regionais.

**ANEXO 6**

**INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA**

## Avanços na legislação

### Alojamento conjunto

**1982** - Portaria 18 do Inamps/Ministério da Saúde, que estabeleceu a obrigatoriedade do alojamento conjunto.

**1986** - Portaria do Ministério da Educação - MEC, tornando obrigatório o alojamento conjunto nos hospitais universitários.

**1993** - Portaria GM/MS Nº 1016, com a atualização das Normas

### Norma de comercialização

**1988** - Aprovação, pelo Conselho Nacional de Saúde, da Norma para Comercialização de Alimentos para Lactentes (Resolução Nº 5), elaborada com base no Código Inter-nacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno.

**1990** - Aprovação do Código de Defesa do Consumidor, que reforça vários artigos da Norma de Comercialização de Alimentos para Lactentes.

**1992** - Aprovação, pelo Conselho Nacional de Saúde, do novo texto da Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes (Resolução Nº 31), que inclui item específico sobre o uso de bicos e mamadeiras.

**1992** - Acordo mundial entre o UNICEF e OMS com a Associação Internacional de Fabricantes de Alimentos, para cessar o fornecimento gratuito ou a baixo custo de leites artificiais a maternidades e hospitais.

**1994** - Publicado parecer Nº 62/94 da Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde, que redefine as penalidades para as infrações à Norma.

### Constituição

**1988** - Promulgação da Constituição, que assegura licença-maternidade de 120 dias, licença-paternidade de cinco dias, proteção ao trabalho da mulher e o direito às presídidas de permanecer com os filhos durante o período de amamentação.

### Estatuto

**1990** - Aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente - Lei Nº 8069, que assegura à gestante, pelo Sistema Único de Saúde, o atendimento antes e após o parto. Também trata da obrigatoriedade do alojamento conjunto.

### Hospital Amigo da Criança

**1994** - Portaria Nº 1.113, do Ministério da Saúde, que assegura pagamento de 10% a mais sobre a assistência ao parto, a hospitais Amigos da Criança vinculados ao Sistema Único de Saúde.

**1994** - Portaria Nº 155, da Secretaria de Assistência à Saúde (MS), que estabelece os critérios para o credenciamento dos hospitais como Amigos da Criança.

## Coordenação e informações

### Ministério da Saúde

Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno - PNIAM  
Secretaria de Programas Especiais de Saúde - SPES  
Ministério da Saúde, 8º andar  
70058-900 Brasília-DF  
Tel.: 061 226-0196

### UNICEF

Fundo das Nações Unidas para a Infância  
SEPN 510 - Bloco A - 1º andar  
70750-530 Brasília-DF  
Tel.: 061 348-1900  
Fax: 061 349-0606

### OMS

Organização Mundial de Saúde  
Setor de embaixadas Norte, Lote 19,  
Quadra 601  
78000-400 Brasília-DF  
Tel.: 061 312-6565  
Fax: 061 321-1922

### SBP

Sociedade Brasileira de Pediatria  
R. Santa Clara, 292  
Copacabana  
22041-010 Rio de Janeiro-RJ  
Tel./Fax: 021 548-1999



Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno

27 e 28



## Iniciativa Hospital Amigo da Criança

## **ANEXO 7**

### **JORNADA DE INCENTIVO AO PARTO NORMAL**

# Jornada de Incentivo ao Parto Normal

Coordenador: Prof. Dr. Luiz Camano

Organizadores: Prof. Dr. Abês Mahmed Amed  
Prof. Dr. Antonio Fernandes Moron  
Prof. Dr. Eduardo de Souza  
Prof. Dr. Nelson Sass  
Profª. Drª. Rosiane Mattar  
Prof. Dr. Renato Martins Santana

Local: Teatro Marcos Lindenberg – Rua Botucatu, 862 – Vila Clementino - SP  
Dias: 16, 17 e 18 de Março de 2000

## Instruções para efetuar sua inscrição

- Preencher a ficha de inscrição com letra legível e todos os dados completos.
- A Comissão Organizadora espera fazer o menor número de inscrições no local do evento.
- Para fazer sua inscrição, efetue o depósito em qualquer agência do Banco do Brasil, indicando: Agência 1898-8, conta corrente nº 9082-4, Favorecido Centro de Estudos da Disciplina de Obstetrícia da Escola Paulista de Medicina.
- Caso necessite de recibo em nome da empresa, faça a indicação na ficha de inscrição.
- Não será feita a devolução de inscrição após o cadastro ter sido efetuado.

## Informações/Inscrições

Pró-Reitoria de Extensão  
Rua Pedro de Toledo, 947  
Vila Clementino São Paulo CEP: 04039032  
Tel: (011) 576-4368 ou 576-4286  
e-mail: [eventos@proex.epm.br](mailto:eventos@proex.epm.br)

Taxa de inscrição	Até 10/03/2000	Local
Médicos	R\$ 100,00	R\$ 120,00
Médicos Sócios da FEBRASGO	R\$ 70,00	R\$ 90,00
Estudantes, Residentes, Enfermeiros, e outros Profissionais da Área	R\$ 50,00	R\$ 70,00

## PROGRAMA

Local: Teatro Marcos Lindemberg -Rua Botucatu, 862 - Vila Clementino SP/SP

### **Dia 16 de Março** (Quinta-Feira Noite )

- |               |   |
|---------------|---|
| 19:00 – 20:00 | Trabalho de Secretaria  |
| 20:00 – 20:30 | Abertura – Prof. Dr. Luiz Camano  |
| 20:30 – 21:30 | Conferência: <i>O parto vaginal como epílogo da arte e da ciência obstétrica</i><br>Prof. Dr. Bussâmara Neme<br>Presidente: Prof. Dr. Antonio Rubino de Azevedo |
| 21:30 – 22:30 | Conferência: <i>A monitoração fetal na parturição vaginal</i><br>Prof. Dr. Corintio Mariani Neto<br>Presidente: Prof. Dr. Nelson Sass                           |

### **Dia 17 de Março** (Sexta-feira Manhã)

- |               |   |
|---------------|---|
| 08:30 – 09:30 | Conferência: <i>Aspectos assistenciais do parto vaginal</i><br>Prof. Dr. Marcelo Zugaib<br>Presidente: Prof. Dr. Luiz Kulay Júnior  |
| 09:30 – 10:00 | Café  |
| 10:00 – 12:00 | Mesa Redonda: <i>Indução do Parto</i><br>Coordenador: Prof. Dr. Eduardo de Souza <ul style="list-style-type: none"><li>• Ocitocina: Prof. Dr. Abês Mahmed Amed</li><li>• Prostaglandinas: Prof. Dr. Roberto Eduardo Bittar</li><li>• Outros: Prof. Dr. José Carlos Peraçoli</li></ul> |
| 12:00 – 14:00 | Almoço  |

### (Sexta-feira Tarde)

- |               |  |
|---------------|--|
| 14:00 – 18:00 | Fórum de Debates: <i>Polêmicas na parturição vaginal</i><br>Coordenador: Prof. Dr. Luiz Camano <ul style="list-style-type: none"><li>• Mecônio: Prof. Dr. José Carlos Peraçoli</li><li>• Oligoâmnio: Prof. Dr. Seizo Miyadahira</li><li>• Cesárea Prévia: Profª Drª Cristina Aparecida F. Guazzelli</li><li>• Apresentação Pélvica: Profª Drª Lenir Mathias</li><li>• Gemelar: Prof. Dr. João Alberto Villar Mamede</li><li>• Prematuro: Prof. Dr. Sérgio Roucourt</li><li>• Maformação fetal: Prof. Dr. Antonio Fernandes Moron</li></ul> |
|---------------|--|

**Dia 18 de Março**  
(Sábado Manhã)

08:30 – 09:30

Conferência: *O fórcepe e a vácuo-extração na atualidade:*  
Prof. Dr. Jorge Francisco Kuhn dos Santos  
Presidente: Prof. Dr. Abês Mahmed Amed

10:00 – 12:00

Mesa Redonda: *Repercussões do parto vaginal*  
Coordenadora: Profª Drª Rosiane Mattar

- A sexualidade e o parto vaginal: Prof. Dr. Milton Dela Nina
- A reabilitação corporal: Prof. Dr. Paulo Sérgio Martino Zogaib
- A reabilitação genital: Profª Drª Mirca Cristina Ocanhas
- Prevenção das distopias genitais e da incontinência uretral: Prof. Dr. Manoel Batista C. Girão

12:00 – 14:00

Almoço

(Sábado Tarde)

14:00 – 18:00

Fórum de Debates com a Comunidade  
*O parto vaginal: Mitos e Verdades*

- A Dor
- Risco
- A Sexualidade
- A Recuperação
- A Participação da Família

OBS: Este Fórum é aberto a Comunidade não sendo cobrada taxa de inscrição.





PRO-MATRE PAULISTA S.A.



SANTA JOANA  
HOSPITAL E MATERNIDADE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - UNIFESP/EPM - DISCIPLINA DE OBSTETRÍCIA

# 1ª JORNADA DE INCENTIVO AO PARTO NORMAL

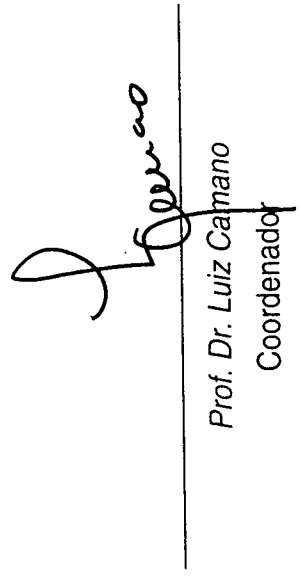
## Certificado

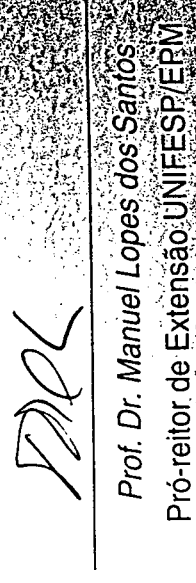
Certificamos que Daniela D'Avila

participou da **1ª JORNADA DE INCENTIVO AO PARTO NORMAL**, realizado nos dias 16, 17 e 18 de março de 2000, no Teatro Marcos Lindemberg, São Paulo-SP

São Paulo, 18 de março de 2000

  
Comissão Organizadora

  
Prof. Dr. Luiz Camano  
Coordenador

  
Prof. Dr. Manuel Lopes dos Santos  
Pró-reitor de Extensão UNIFESP/ERM

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - UNIFESP/EPM - DISCIPLINA DE OBSTETRÍCIA

# 1ª JORNADA DE INCENTIVO AO PARTO NORMAL

*Certificado*

Certificamos que Joyce Green Koettker

participou da **1ª JORNADA DE INCENTIVO AO PARTO NORMAL**, realizado nos dias 16, 17 e 18 de março de 2000, no Teatro Marcos Lindemberg, São Paulo-SP

São Paulo, 18 de março de 2000



Comissão Organizadora



Prof. Dr. Luiz Camano  
Coordenador



Prof. Dr. Manuel Lopes dos Santos  
Pró-reitor de Extensão UNIFESP/EPM

**ANEXO 8**

**ENCONTRO DE IMAGEM EM**  
**GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA**



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
CENTRO DE ESTUDOS

# CERTIFICADO

Certificamos que DANIELA D'AVILA  
participou DO ENCONTRO DE IMAGEM EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA HU/UFSC  
no período de 07/04/2000 a 08/04/2000, na qualidade de PARTICIPANTE

CES/HU

Reg. n.º \_\_\_\_\_  
Livro n.º \_\_\_\_\_  
Fls. n.º \_\_\_\_\_

de 19 2000

de abril

Florianópolis, (SC), 08

Prof. Paulo Cesar Trevisol Bittencourt  
Presidente do Centro de Estudos  
HU/UFSC

PRESIDENTE DO CES/HU/UFSC

Visto



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
CENTRO DE ESTUDOS

# CERTIFICADO

Certificamos que JOYCE GREEN KOETTKER

participou DO ENCONTRO DE IMAGEM EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA HU/UFSC  
no período de 07/04/2000 a 08/04/2000, na qualidade de PARTICIPANTE

CES/HU

Florianópolis, (SC), 08 de abril de 19 2000 Reg. n.º

Livro n.º

Fls. n.º

Prof. Paulo Cesar Trevisol Bittencourt  
Presidente do Centro de Estudos  
HU/UFSC

PRESIDENTE DO CES/HU/UFSC

Visto

**ANEXO 9**

**FÓRUM BRASILEIRO DE**

**EDUCAÇÃO E TECNOLOGIA**

## APRESENTAÇÃO

Este FÓRUM tem por objetivo estimular o debate e a qualificação dos processos de desinfecção e esterilização de artigos em instituições de saúde. Pretende também discutir os aspectos éticos e legais da reutilização de artigos descartáveis e utilização de equipamentos de biossegurança, bem como a influência dos processos acima citados na prevenção de infecções.

Independente de onde ocorra a ação de saúde, em uma instituição hospitalar ou em um contexto mais amplo como postos de saúde, clínicas de hemodiálise, consultórios médicos e dentários, instituições filiares, etc..., as medidas de prevenção e controle de infecções precisam ser debatidas e implantadas e, todos os processos de desinfecção e esterilização de artigos qualificados.

O aumento crescente da realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos invasivos a nível ambulatorial, os procedimentos cirúrgicos realizados em Hospital-Dia e, o atendimento domiciliar a pacientes portadores de doenças como o Câncer e AIDS, nos fazem pensar na importância de processos de esterilização/desinfecção eficazes e efetivos, que garantam a segurança dos clientes e profissionais de saúde.

A Coordenação

Coordenação Geral:  
En<sup>fa</sup>. Rosemary A. Lentz  
En<sup>fa</sup>. Adélia T. R. Silva

Coordenação Científica:  
En<sup>fa</sup>. Neusa Maria V. de Oliveira  
En<sup>fa</sup>. Rosana Beatriz R. Gandin

Coordenação Administrativa:  
En<sup>fa</sup>. Ruvani F. da Silva

## PROGRAMAÇÃO

### DIA 12/04/00

16:00h: Credenciamento, Entrega de material

19:30h: Solenidade de Abertura

*Conferência:* A Central de Material e esterilização como indicador de qualidade da assistência à Saúde.

21:00h: Coquetel

### DIA 13/04/00

08:30h: *Conferência:* Conhecendo e analisando a Legislação vigente sobre Esterilização e Desinfecção de artigos e superfícies.

Reutilização de artigos descartáveis (uso único): Implicações legais e éticas.

10:15h: **COFFEE BREAK (INCLUSO)** e Visita a Feira de artigos e equipamentos

10:45h: *Conferência: Enzimáticos:*  
Características, critérios de escolha e utilização:  
Relação custo x benefício.

11:15h: *Conferência:* Biossegurança nos processos de desinfecção e esterilização.

12:00h: **ALMOÇO**

14:00 h: *Mesa Redonda: Critérios de Avaliação de Limpeza e Desinfecção de Artigos:* Endoscópios, instrumentais, equipamentos de assistência respiratória, etc.

15:15h: *Painel: Etemos dilemas:* Uso do Formol, Estufa e Raios Gama.

16:15h: **COFFEE BREAK (INCLUSO)** e Visita a Feira de artigos e equipamentos

16:45h: *Mesa Redonda:* Alternativas de Desinfecção e Esterilização: Strrad, Glutaraldeído, Ácido Peracético, Brometo, Óxido de Etileno, Calor Úmido.

### DIA 14/04/00

08:30h: *Conferência: Esterilização:* Conceitos básicos e Ciclos de Esterilização.

09:30 h: *Conferência:* Indicadores de Esterilização

10:30h: **COFFEE BREAK (INCLUSO)** e Visita a Feira de artigos e equipamentos

11:00h: *Conferência:* Conceitos Básicos da Validação nos Processos de Esterilização.

12:00h: **ALMOÇO**

14:00h: *Conferência:* Processos de Validação da Esterilização.

14:45h: *Conferência:* Qualificação da autoclave: Como fazer?

16:00h: **COFFEE BREAK (INCLUSO)** e Visita a Feira de artigos e equipamentos

16:30h: *Conferência:* Embalagens, Estocagem, Prazos de Validade: Recomendações.

18:00h: Encerramento.

**FÓRUM BRASILEIRO DE  
EDUCAÇÃO E TECNOLOGIA  
EM SAÚDE - FETES**

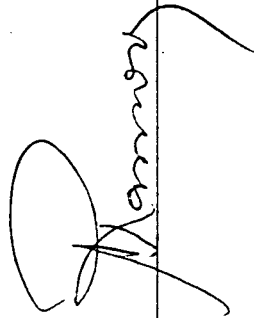
# Certificam

*Certificamos que*

**Daniela d'Ávila**

*participou do Fórum Brasileiro de Educação e Tecnologia em  
Saúde - FETES, no período de 12 a 14 de abril de 2000, em  
Florianópolis - Santa Catarina.*

*Florianópolis, 14 de abril de 2000.*



---



---



**FÓRUM BRASILEIRO DE  
EDUCAÇÃO E TECNOLOGIA  
EM SAÚDE - FETES**

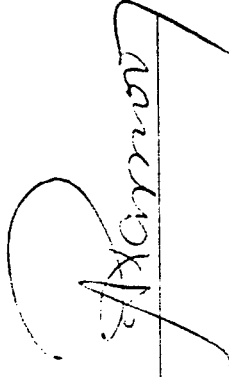
# Certificando

*Certificamos que*

**Joyce Green Koettker**

*participou do Fórum Brasileiro de Educação e Tecnologia em  
Saúde - FETES, no período de 12 a 14 de abril de 2000, em  
Florianópolis - Santa Catarina.*

*Florianópolis, 14 de abril de 2000.*

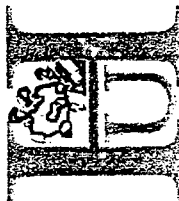
  
\_\_\_\_\_

  
\_\_\_\_\_

**ANEXO 10**

**IV JORNADA CIENTÍFICA NO**

**HOSPITAL UNIVESITÁRIO**



IV JORNADA CIENTÍFICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
UFSC - Florianópolis 2 a 5 de maio / 2000

20 ANOS  
DE  
FUNDACÃO  
COM A  
QUALIDADE

FESTIVIDADES DE COMEMORAÇÃO DOS 20 ANOS DO HU			
20:00 HORAS – SOLENIDADE DE ABERTURA DA JORNADA – Auditório – HU			
DIA 02	08:00 – 10:00h	10:15 – 12:00h	14:00 – 16:00h
DIA 03	<p><b>Palestra:</b> <b>Pesquisa na Área da Saúde</b> Profª Drª Flávia R. S. Ramos: UFMS Presidente: Beatriz Beduschi Capella - UFSC Auditório HU</p>	<p><b>Palestra:</b> <b>Informatização do Ambiente Hospitalar</b> Dr. Marcos Antônio Gutierrez - São Paulo Presidente: Wilmar L. Vienhage – HU/UFSC Auditório HU</p>	<p><b>Temas Específicos:</b></p> <p><b>14:00 – 15:00h</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Criança Vítima de Maus Tratos</b> Dr. Gerson J. Coelho ( HU/UFSC) Presidente: Clarisse Bissani (UFSC) Sala Aula Pediatria (2º andar)</li><li>• <b>Segurança do Trabalho</b> Eng. Roberto Ferreira da Cunha ( UFSC) Presidente: Deise Teixeira (HU/UFSC) Sala Aula 3º andar</li><li>• <b>Avanço Laboratorial dos Fungos Emergentes e Reemergentes (HIV)</b> Prof. Jairo dos Santos ( UFSC) Presidente: Lenilza Lima (UFSC) Auditório HU</li><li>• <b>Especificidades do Idoso Relacionadas à internação</b> Enfª Maria Gliolanda de O. Lima- HU/UFSC Enfª Jordelina Schier - HU/UFSC Presidente: Fabiana Minatti Sala aula 4º andar</li></ul> <p><b>15:00 – 16:00h</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>AIDS - Controle da Transmissão Vertical</b> Prof. Dr. Edson Fedrizzi ( UFSC) Presidente: Beatriz Gil (UFSC) Sala aula Pediatria – 2º andar</li><li>• <b>Funcionamento da Lavanderia</b> Tereza A. Bartolomeu ( UFSC) Presidente: Rogério Laureano HU-UFSC Sala aula 3º andar</li></ul>
	<p><b>16:30 – 18:00h</b></p> <p><b>Mesa Redonda</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Utilização Racional de Antimicrobianos</b></li></ul> <p><b>Palestrantes:</b> Adão Machado (HC/RS) Flávia Rossi ( Hosp. Emílio Ribas) <b>Debatedores:</b> Maria Léa Campos – UFSC Cássia Zocollin – Lab. Sta. Luzia Valter Araújo – FHSC Aldemar Lopes – UFSC Cleia C. de Jesus – UFSC</p> <p><b>Auditório HU</b></p>		

DIA 04	<p><b>08:00 – 10:00</b></p> <p><b>Mesa Redonda:</b> (auditório HU)</p> <p><b>Bioética</b></p> <p>Dr. Jairo Othero - UFRGS</p> <p>Profª Drª Maria Aparecida Crepaldi – Psicóloga/UFSC</p> <p>Profª Drª Maria Tereza Leopardi – Enfermeira/UFSC</p> <p>Presidente: Ass. Social - Luiza Maria Lorenzini Gerber –HU/UFSC</p>	<p><b>10:00 – 12:00h</b></p> <p><b>Temas Específicos:</b></p> <p><b>10:00 – 11:00h</b></p> <p><b>Indicações Cirúrgicas no Idoso</b></p> <p>Prof. Dr. Ernesto Damerau UFSC</p> <p>Presidente - Viriato Cunha -HU-UFSC</p> <p>Sala 3º andar</p> <p><b>11:00 – 12:00</b></p> <p><b>Profissional da Saúde Perante a Morte</b></p> <p>Dr. Jairo Othero – UFRS</p> <p>Presidente – Rachel D. Moritz - UFSC</p> <p>Sala Aula 3º andar</p> <p><b>10:00 – 12:00</b></p> <p><b>Motivação, Entusiasmo e Autoconfiança</b></p> <p>Acácio M. Garcia – Fpolis/SC</p> <p>Presidente – Lorena M. e Silva- UFSC</p> <p>Auditório HU</p> <p><b>10:00 – 12:00</b></p> <p><b>Laboratório nas Doenças Hormonais</b></p> <p>Profª Drª Liliete Canes Souza -UFSC</p> <p>Presidente – laura Silva – HU/UFSC</p> <p>Sala Aula 4º andar</p> <p><b>11:00 – 12:00</b></p> <p><b>Centro de Esterilização</b></p> <p>Enfª Tânia T. Oliveira – HU/UFSC</p> <p>Enfª Márcia Binder Neis – HU/UFSC</p> <p>Presidente: Enfª Laura Cristina da Silva- HU/UFSC</p> <p>Sala Aula 2º andar (pediatria)</p>	<p><b>14:00 – 16:00h</b></p> <p><b>Mesa Redonda</b></p> <p><b>O Papel dos HUs no Contexto da Autonomia</b></p> <p>Coordenador:</p> <p>Prof. Dr. Marcelino Osmar Vieira Diretor do HU/UFSC</p> <p>Participantes:</p> <p>Prof. Dr. Lúcio José Botelho- Vice Reitor da UFSC</p> <p>Jorge João Chacha – Reitor da UFMS</p> <p>Auditório</p> <p><b>15:00 – 16:00</b></p> <p><b>Palestra</b></p> <p><b>Nutrição enteral e parenteral</b></p> <p>Yara C. Baxter (USP)</p> <p>Presidente : Maria Luiza Alencar HU/UFSC</p> <p>Sala de aula 3º andar</p>	<p><b>16:30 – 18:00h</b></p> <p><b>Apresentação dos Temas Livres</b></p>
DIA 05	<p><b>08:00 – 10:00h</b></p> <p><b>Ética, Indivíduo, Sociedade</b></p> <p><b>Organização</b></p> <p>Padre Vilson Groh - Fpolis</p> <p>Presidente – Rogério Laureano – HU/UFSC</p> <p>Auditório Hu</p>	<p><b>10:15 – 12:00h</b></p> <p><b>Plenária de encerramento</b></p>		



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
CENTRO DE ESTUDOS

# CERTIFICADO

Certificamos que DANIELA D'AVILA  
participou IV JORNADA CIENTÍFICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO HU/UFSC  
no período de 02/05/2000a 05/05/2000, na qualidade de PARTICIPANTE

Florianópolis, (SC), 02 de maio de 192000.

CES/HU

Reg. n.º 112

Livro n.º 004

Fls. n.º 014

Resoluc



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
CENTRO DE ESTUDOS

# CERTIFICADO

Certificamos que JOYCE GREEN KOETTER  
participou IV JORNADA CIENTÍFICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO HU/HFSC  
no período de 02/05/2000 a 05/05/2000, na qualidade de PARTICIPANTE

Florianópolis, (SC), 02 de maio de 192000.... CES/HU  
Reg. n.º 116  
Livro n.º 004  
Fl. n.º 014

Rosane  
Visto

**ANEXO 11**

**II ENCONTRO MUNICIPAL DE GESTANTES**

inscrição Grátis:



FLORIANÓPOLIS  
CAPITAL DA GENTE

9 maio  
2000

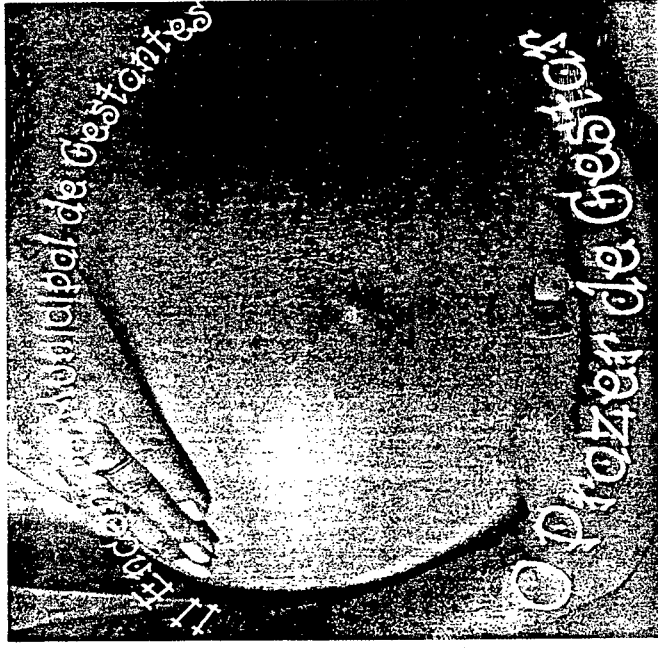
Centros de Saúde da Rede  
Básica Municipal

Ambulatório da Maternidade  
e Carmela Dutra

Ambulatório do Hospital  
Universitário (Área "C")

Programa de Atenção Integral à Saúde do Adolescente (R.  
Estevões Júnior, 390 - 1º Andar -  
Bloco M)

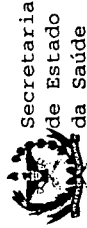
Lojas Shanon (Beiramar  
Shopping, 1º Piso e R. Jerônimo  
Coelho, 174)



APOIO:



Fundo das Nações Unidas para a Infância



Local: CentroSul  
Aterro da Baía Sul  
Florianópolis

Hora: 14h às 18h

Inscrição Grátis

Programa Capital Criança  
Secretaria de Saúde e Desenvolvimento Social  
Prefeitura Municipal de Florianópolis





**ANEXO 12**

**10º CONGRESSO SUL BRASILEIRO DE GINECO-  
LOGIA E OBSTETRÍCIA**



# GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

## 10º CONGRESSO SUL BRASILEIRO DA FEBRASGO

CERTIFICADO

Patrocínio:

Certificamos que

***Daniela d' Avila***

participou do 10º Congresso Sul Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia,  
realizado no período de 11 a 13 de maio de 2000,  
na qualidade de participante.

SCHERING DO BRASIL

CLIMENE  
VALERIO DE ESTANHO  
ACERVO DE CIPROTHERON

CLIANE  
ESPANHA ALVARO  
DE NORTESTRONA

Femiane  
Gestodina  
Ethinestradiol

Florianópolis(SC), 13 de maio de 2000

Dorival Antônio Vitorello  
Presidente do Congresso

Jorge Abi Saab Neto  
Presidente da Comissão Científica



# CERTIFICADO

Patrocínio:

SCHERING DO BRASIL

Certificamos que

***Joyce Green Koettker***

participou do 10º Congresso Sul Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia,  
realizado no período de 11 a 13 de maio de 2000,  
na qualidade de participante.

**CLIMENE**  
VALERATO DE ESTRADIOL +  
ACETATO DE CIPROTERONA

**CLIANE**  
ESTRADIOL + ACETATO  
DE NORETISTERONA

**Femiane**  
Gestodeno  
Ethinilestradiol

Florianópolis(SC), 13 de maio de 2000

Dorival Antônio Vitorello  
Presidente do Congresso

Jorge Abi Saab Neto  
Presidente da Comissão Científica

## **ANEXO 13**

### **III SEMINÁRIO DE QUALIDADE DE ASSISTÊNCIA AO PARTO: CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM**

### **III Seminário de Qualidade de Assistência ao Parto: Contribuições da Enfermagem**

#### **Oficina: Assistência ao Parto Humanizado Promoção – ABEN – ABENFO 2000**

- 8:00 Abertura e Apresentação.  
• Maria da Graça, Taeko, Chizuru
- 8:30 Relato de visita aos serviços de assistência ao parto no Ceará com apoio da JICA.  
• Maria da Graça Ventura
- 9:30 Imagens do parto 1ª fase  
mecanismos do parto 2ª fase  
• Taeko Mori
- 10:30 Intervalo.
- 10:45 Massagens e respiração.  
• Taeko Mori
- 12:00 Almoço.
- 13:30 Quebra-gelo. Jingle do parto normal.
- 13:45 Relaxamento  
Assistência ao parto  
• Taeko Mori
- 15:30 Intervalo
- 15:45 Preparação do corpo durante a gravidez.
- 17:00 Casos de parto no Japão.
- 18:00 Encerramento.

Material a ser utilizado:

Vídeo

Projetos de slides

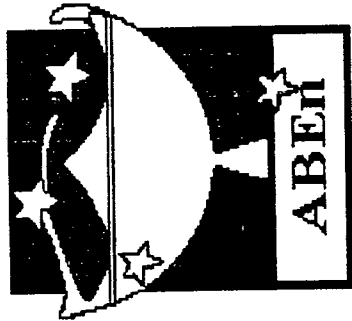
Retroprojetores

Toca CD

Colchonetes

Guia de assistência ao Parto Normal – OMS

Textos



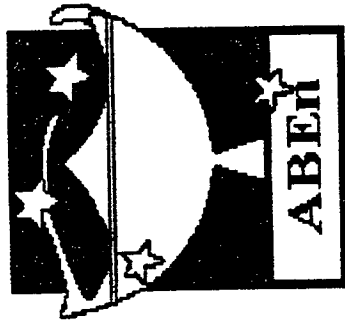
# CERTIFICADO

Certificamos que *Daniela D Àvila* participou da Oficina: “Assistência ao Parto Humanizado”, no dia 24 de maio de 2000, duração de 08 horas/aula, com as instrutoras Maria da Graça Ventura - ABENFO - PR e Taeko Mori - Projeto Luz/JICA, pelo que lhe é conferido o presente certificado.

Curitiba, 24 de maio de 2000 .

*Sara Marli*  
RAYMUNDA VIANA AGUIAR  
Secretária Geral


*Alaerte Leandro Martins*  
ALAERTE LEANDRO MARTINS  
Presidente

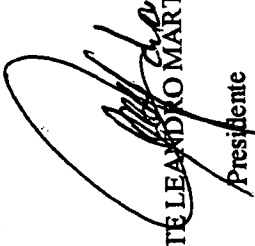


# CERTIFICADO

Certificamos que *Joyce Green Koettler* participou da Oficina: "Assistência ao Parto Humanizado", no dia 24 de maio de 2000, duração de 08 horas/aula, com as instrutoras Maria da Graça Ventura - ABENFO - PR e Taeko Mori - Projeto Luz/JICA, pelo que lhe é conferido o presente certificado.

Curitiba, 24 de maio de 2000.

  
RAYMUNDA VIANA AGUIAR  
Secretária Geral

  
ALACERTE LEANDRO MARTINS  
Presidente

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM - SEÇÃO PARANÁ

**III SEMINÁRIO ESTADUAL:  
“QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA AO  
PARTO: CONTRIBUIÇÕES DA  
ENFERMAGEM”**

**OBJETIVO GERAL:** Estabelecer e manter espaço de discussão sobre a assistência ao parto no Estado do Paraná e a contribuição da enfermagem à saúde da mulher.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Discutir a implementação das ações e recomendações do Iº e IIº Seminários;
- Dar continuidade à discussão sobre a assistência ao parto no Estado do Paraná e as contribuições da enfermagem à saúde da mulher;
- Definir estratégias para o fortalecimento e melhoria da assistência de enfermagem ao parto.

**PROGRAMAÇÃO**

**- Dia 24/05/2000 – das 8 às 18:00 horas**

**Oficina A: Assistência ao Parto**

**Humanizado**

Enfº Obst. Maria da Graça Ventura ABENFO-PR  
Enfº Obst. Taeko Mori - Projeto JICA

**Oficina B: Construindo Oficinas com**

**Adolescentes Gestantes**

Enfº Margot Friedmann Zetsche – SMS Curitiba  
Enfº Maria do Socorro Fernandes Tabosa Mota – ASAJ/MS

**Oficina C: Nasceu! E Agora? A Mulher e o**

**Período Puerperal**

Dra. Telma Elisa Carraro – UFPR  
Ms. Maria Neiva Barbosa Faleiros – UFPR  
Mda. Marilene Loewen Wall - UFPR

**Oficina D: Aleitamento Materno**

Ms. Kleyde Ventura de Souza – ABENFO - PR  
Enfº Obst. Leila Soares Seiffert – ABENFO - PR  
Dra. Ivis Emília de Oliveira Souza - ABEn Nacional

**- Dia 25/05/2000**

**8:30h- Sessão de Abertura**

**9:00h- Mesa Redonda: Avanços do Modelo**

**Assistencial da Obstetrícia no Brasil**

Expositoras: Dra. Tânia Di Giacomio Lago – Ministério da Saúde

Dra. Ivis Emília de Oliveira Souza – ABEn Nacional

Presidente: Dra. Ivete P. Sanson Zagonel – UFPR

**10:30h- Conferência: Mortalidade Materna nas Américas e Atuação da Enfermagem**

Expositor: Dr. Ricardo Fescina – OPAS

Presidente: Ms. Alaerte Leandro Martins ABEn PR

**14:00h- Conferência: Projeto Luz**

Dra. Chizuru Misago – Projeto JICA

Presidente: Ms. Eliana Portela Carzino – ABEn – PK

**15:00h- Mesa Redonda: Humanização do**

**Parto em Hospital Terciário**

Expositores: Dr. Edson N. Morais – UFPA

Ms. Odaléia Brüggemann dos Santos - UFSC

Presidente: Ms. Kleyde Ventura de Souza ABENFO -PR

**16:15h– Relatos de Experiência de Serviços**

**de Assistência a Mulher:**

- Hospital Bairro Novo – CMC BN

Enfº Sheila Regina Souza França

- Maternidade N. S. do Rosário

Enfº Shunaida Namie Sonobe

Presidente: Dra. Alexandrina Aparecida Maciel  
ABENFO PR

**Dia 26/05/2000**

**8:00h- Mesa Redonda: Gravidez na**

**Adolescência**

Expositores: Dr. José Domingues dos Santos Júnior – ASAJ/MS

Dr. Fernando César de Oliveira Júnior - SOGIPA

Dra. Ivete Palmira Sanson Zagonel – UFPR

Presidente: Ms. Vânia Muniz Nequer Soares ABENFO PR

**10:30h– Trabalhos de Discussão em**

**Grupos:**

**Coordenação–**

sala 1: Enfº Obst. Lianne Namie Hachiya

sala 2: Enfº Obst. Mª Aparecida Rapozo Araldi

sala 3: Enfº Obst. Leila Soares Seiffert

**14:00h- Temas Livres:**

**Assistência Pré-Natal, Parto, Puerpério,**

**Adolescente – Projeto Acolher**

Mda. Adriana Cristina Franco

Enfº Obst. Elizabeth Eriko Ischida Nagahama

Enfº Maria do Socorro Fernandes Tabosa Mota – ASAJ/MS

**16:15h- Plenária Final e Encerramento**

Coordenação: Ms. Alaerte Leandro Martins ABEn PR

**INSCRIÇÕES DE TEMAS LIVRES:**

**ENVIAR RESUMO ATÉ 14 DE ABRIL,**

**RESPEITANDO AS NORMAS DO ÚLTIMO**

**CONGRESSO BRASILEIRO DE**

**ENFERMAGEM.**

**CARAVELLE PALACE HOTEL**

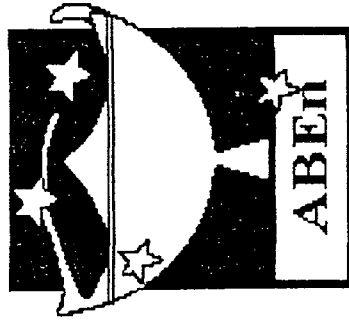
**TARIFA ESPECIAL PARA O IIIº**

**SEMINÁRIO**

**RESERVAS FONE/FAX 41-3225757 – diárias:**

**SINGLE R\$ 60,00 / DOUBLE R\$ 66,00 / TRIPLO R\$ 90,00**





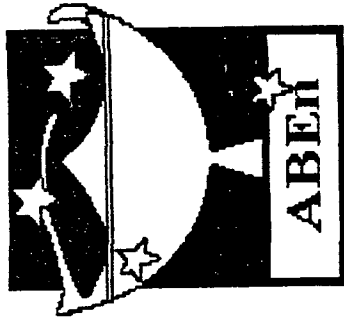
# CERTIFICADO

Certificamos que *Daniela d'Ávila* participou do IIIº Seminário Estadual "Qualidade de Assistência ao Parto: Contribuições da Enfermagem", com duração de 16 horas/aula, nos dias 25 a 26 de maio de 2000, promovido pela ABEn - Seção Paraná, na qualidade de participante, pelo que lhe é conferido o presente certificado.

*Raymunda Viana Aguiar*  
RAYMUNDA VIANA AGUIAR  
Secretária Geral

Curitiba, 25 de maio de 2000.

*Alaerte de Aguiar Martins*  
ALAERTE DE AGUIAR MARTINS  
Presidente



# CERTIFICADO

Certificamos que JOYCE GREEN KOETTKER participou do IIIº Seminário Estadual "Qualidade de Assistência ao Parto: Contribuições da Enfermagem", com duração de 16 horas/aula, nos dias 25 a 26 de maio de 2000, promovido pela ABEEn - Seção Paraná, na qualidade de participante, pelo que lhe é conferido o presente certificado.

Curitiba, 25 de maio de 2000 .

*Raymunda Viana Aguiar*  
RAYMUNDA VIANA AGUIAR  
Secretária Geral

*Alaer Nelly de Almeida Martins*  
ALAER NELLY ANDRÉ MARTINS  
Presidente

**ANEXO 14**  
**ATENDIMENTO AO RECÉM-NASCIDO**  
**NO CENTRO OBSTÉTRICO**

ATENDIMENTO AO RECÉM-NASCIDO NO CENTRO OBSTÉTRICO

RN de \_\_\_\_\_ Reg.: \_\_\_\_\_

INFORMAÇÕES DA MÃE:

Idade:	anos	Cor:	Estado Civil:		
Domicílio:					
Tipo e Rh:		Coombs indireto:	Data:	Tipo e Rh do pai:	
GESTA:	PARA:	CES:	ABORTO:	DUM: / /	
IGO (DUM): sem. dias		IG (US c/ sem.): sem. dias			
Pré-natal: consultas		Local:			
Intercorrências na gestação:					
Ultra-som:					
VDRL: 1º		2º	3º	Toxoplasmose: IgG: IgM:	
Data:		Data:	Data:	Data:	
Anti-HIV:		HbSAg:		Rubéola: IgG: IgM:	
Data:		Data:		Data:	
Outras:					
Tabagismo: Sim ( ) Não: ( )		Etilismo: Sim ( ) Não ( )		Duração aleitamento anterior:	
Quantos: cigarros/dia					
NASCIMENTO ATUAL:					
Data:	Hora:	Tipo:	Apresentação:		
Indicação da cesárea					
Anestesia:		Amniorrexe: Provocada ( ) Espontânea ( )			
Bolsa rota dia:		Hora:		horas antes do parto	
Características do líquido:					
Complicações:					

**ANEXO 15**  
**PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM**  
**PARA R.N. EM A.C.**

**PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM PARA O RN EM A. C.**

PROBLEMA Nº 01	HORÁRIO		
	DATA	DATA	DATA
	/ /	/ /	/ /
01. Verificar T. P. R.			
02. Pesar			
03. Dar banho de imersão usando sabonete neutro.			
04. Aplicar álcool a 70% no coto umbilical 3 vezes ao dia e após cada troca de fralda – anotar característica.			
05. Registrar frequência e característica de diurese, evacuações, vômitos e regurgitação.			
06. Registrar frequência, duração das mamadas poder de sucção e pega da aréola.			
07. Observar e registrar alterações respiratórias e sintomas de hipoglicemia.			
08. Manter RN agasalhado de acordo com a temperatura ambiente e registrar sinais de hipotermia.			
09. Manter o RN em DLD após as Mamadas.			
10. Anotar surgimento e evolução de Icterícia .			
11. Manter cuidados com RN em fototerapia.			
12. Orientar, envolver a puerpéra e acompanhá-la em todos os cuidados prestados ao RN.			
13. Favorecer o contato RN - MÃE - PAI.			

ENFERMEIRO: CARIMBO E ASSINATURA:

Universidade Federal de Santa Catarina  
Hospital Universitário  
Diretoria de Enfermagem  
Serviço de Neonatologia

MOD. 0300/224

RN de:

REGISTRO:

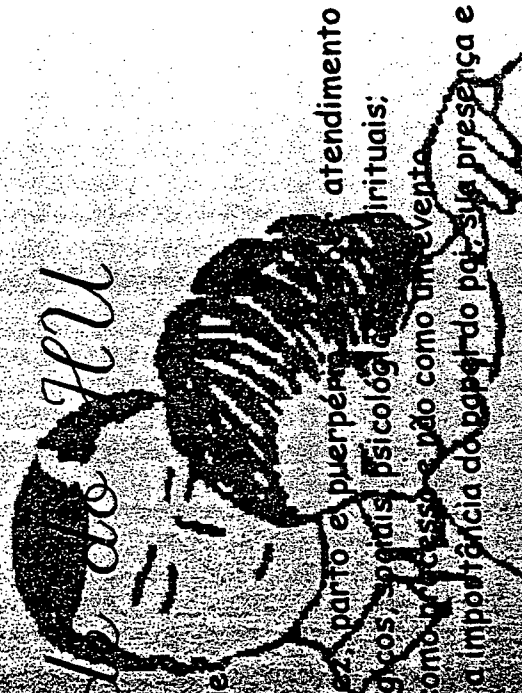
Q/L:

**ANEXO 16**

**FILOSOFIA DA MATERNIDADE DO**

**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

# Filosofia da Maternidade de HU



Na Maternidade do HU/UFSC acredita-se que:

- em se prestando assistência, se ensina;
- é direito de toda mulher - recém nascido (RN) - família, no processo de gravidez, parto e puerpério, ter um atendimento personalizado que garanta uma assistência adequada, segundo Cárter, nos aspectos biológicos, psicológicos e espirituais;
- a atenção à saúde da mulher visa o ciclo grávido-puerperal, considerando a gravidez como processo e não como um evento;
- a atenção à saúde da mãe, RN e família, na gravidez, parto e puerpério, se considera a importância do papel da mulher por sua presença e participação;
- sistema de alojamento conjunto facilita a criação e aprofundamento dos laços mãe-RN-Família, favorecendo a vinculação afetiva, a compreensão do processo de crescimento e desenvolvimento, a participação ativa e a educação para a saúde dos elementos mencionados;
- a equipe interdisciplinar que presta assistência à mulher-RN-família deve atuar de forma integrada, visando um atendimento adequado, segundo Cárter;
- as atividades de ensino, pesquisa e extensão realizada pela equipe interdisciplinar ligadas à saúde da mulher-RN-família devem refletir atitudes de respeito do ser humano e reverter-se em benefício de uma melhor assistência;
- a equipe deve exercer papel atuante na educação mulher/acompanhante e grupo familiar, com vistas ao preparo e adaptação ao aleitamento materno, desenvolvimento da confiança e capacidade de cuidar do filho, execução de cuidados básicos de saúde e planejamento familiar;
- a parturiente não deixará de ser assistida por quaisquer problemas burocráticos. Ou as rotinas terão flexibilidade suficiente para toda e qualquer exceção, ou serão adaptadas após a geração do fato;
- desenvolvimento de atividades será de forma integrada quanto às unidades que operam na maternidade, ou com ela se relacionarem;
- a mulher deve permanecer internada o tempo suficiente para que sejam atendidas suas necessidades assistenciais e de educação em saúde.

Outubro de 1995





UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA  
Tel. (048) 331.9480 - 331.9399 Fax (048) 331.9787  
e-mail: [nfr@repensul.ufsc.br](mailto:nfr@repensul.ufsc.br)

DISCIPLINA: ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA INT 5134

Parecer Final do Orientador sobre o Relatório da Prática Assistencial

O presente relatório cumpre satisfatoriamente todas os requisitos de qualidade requeridos pela Disciplina Enfermagem Assistencial Aplicada (INT 5134), e está de acordo com as exigências e sugestões feitas pela orientadora e demais membros do banco examinadora. A qualidade da apresentação e do conteúdo contidos no mesmo, refletem o excelente desempenho teórico-prático, científico e humanístico das autoras nas diferentes fases de desenvolvimento do projeto assistencial.

Pelo exposto, aprovo com louvor o presente relatório.

CF

Profª Engrácia K. A. dos Santos

Orientadora

Flópolis, 08/08/00